Organisation internationale du Travail

Rapport III

Conférence technique maritime préparatoire

Genève, mai 1986

Troisième question à l'ordre du jour

RECEIVED
7 NOV. 1985
International
Labour Office
ILO BIBL BIT

La protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer

50777

Bureau international du Travail Genève

85 B09/323 FREN (3)

ISBN 92-2-205218-8

Première édition 1985

Les désignations utilisées dans cette publication, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.
Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse.

Imprimé par le Bureau international du Travail, Genève, Suisse

TABLE DES MATIERES

		Page
INTRODUCTION	.....	1
CHAPITRE I.	L'IMPORTANCE DES SOINS MEDICAUX A BORD DES NAVIRES	9
CHAPITRE II.	ETUDE DES SOINS MEDICAUX DONT BENEFICIENT LES GENS DE MER EMBARQUES A BORD DES NAVIRES DES DIFFERENTS PAYS	13
	Fourniture de soins médicaux à bord des navires	13
	Moyens médicaux disponibles à bord des navires	16
	Pharmacies de bord	16
	Guides médicaux de bord	19
	Conseils médicaux donnés par radio aux navires en mer	23
	Soins médicaux et soins infirmiers à bord des navires	27
	Premiers secours et formation médicale du personnel ...	30
CHAPITRE III.	STATISTIQUES CONCERNANT LES DECES DES GENS DE MER	41
CHAPITRE IV.	RESUME DES MESURES PRISES A 1'ECHELON NATIONAL POUR ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTE DES GENS DE MER ET POUR LEUR FOURNIR LES SOINS MEDICAUX NECESSAIRES	44
	Fourniture de soins médicaux à bord des navires	44
	Pharmacies de bord	45
	Guides médicaux	45
	Conseils médicaux donnés par radio	46
	Soins médicaux et soins infirmiers	47
	Formation	47
	Statistiques concernant les décès des gens de mer	49
CHAPITRE V.	CONSIDERATIONS FINALES ET CONCLUSIONS PROPOSEES CONCERNANT LA PROTECTION DE LA SANTE ET LES SOINS MEDICAUX DES GENS DE MER 50	
	Considérations finales	50
	Conclusions proposées concernant la protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer ...	52

Page

ANNEXE I: RESOLUTION SUR LA SANTE DES GENS DE MER ET LES SOINS MEDICAUX QUI LEUR SONT DISPENSES ADOPTEE PAR LA COMMISSION PARITAIRE MARITIME A SA 24e SESSION, 1984 57

ANNEXE II: DISPOSITIONS DE FOND DE LA RECOMMANDATION (no 105) SUR LES PHARMACIES DE BORD, 1958, ET DE LA RECOMMANDATION (no 106) SUR LES CONSULTATIONS MEDICALES EN MER, 1958 59

ANNEXE III: RESOLUTIONS CONCERNANT LES NORMES INTERNATIONALES DU TRAVAIL MARITIME SUR LES SOINS MEDICAUX A BORD DES NAVIRES ET SUR LES SOINS MEDICAUX POUR LES PECHEURS EN MER 61

ANNEXE IV: DISPOSITIONS DE LA CONVENTION (no 134) SUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS (GENS DE MER), 1970, ET DE LA RECOMMANDATION (no 142) SUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS (GENS DE MER), 1970 64

ANNEXE V: RESOLUTION SUR LE RASSEMBLEMENT D'INFORMATIONS STATISTIQUES CONCERNANT LA MORTALITE DES GENS DE MER ET SUR LES STATISTIQUES DES LESIONS PROFESSIONNELLES 66

INTRODUCTION

Bien que plusieurs conventions internationales portant sur des questions intéressant la santé des gens de mer - à savoir le contrôle médical, la responsabilité de l'armateur à l'égard des marins malades ou blessés et l'assurance maladie - aient été adoptées dans les premiers temps de l'existence de l'OIT, ce n'est guère qu'avec l'avènement du Comité mixte OIT/OMS de l'hygiène des gens de mer[1], en 1949, que l'on s'est intéressé pour la première fois, au niveau international, aux questions directement liées aux soins médicaux à bord des navires. Au nombre des points de l'ordre du jour de sa première session, tenue en 1949, le comité mixte avait retenu, comme questions méritant d'être étudiées aux sessions suivantes, la pharmacie de bord, les soins hospitaliers à bord d'un navire en mer et la formation à donner aux personnes responsables de l'administration d'un traitement en mer. C'est la raison pour laquelle l'ordre du jour arrêté pour la deuxième session du comité, en 1954, comportait des points portant sur la consultation médicale par radio aux navires en mer et les pharmacies de bord. S'appuyant sur ces points, le comité avait attiré l'attention des gouvernements sur un certain nombre de questions précises à prendre en considération pour garantir que les gens de mer disposent de services médicaux satisfaisants; il a également noté à cet égard qu'il conviendrait d'améliorer la formation des personnels chargés d'assurer ces services à bord des navires. De plus, deux recommandations qu'il avait proposées furent adoptées par l'OIT en 1958. Il s'agit de la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord et de la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, dont les dispositions essentielles sont reproduites dans l'annexe II.

Poursuivant régulièrement son oeuvre d'amélioration des services sanitaires offerts aux gens de mer à bord des navires, le comité mixte, tenant sa troisième session en 1961, avait relevé que, dans le cas des navires ne comptant pas de médecin à bord, la question des pharmacies, des guides médicaux, des consultations médicales par radio aux navires en mer et de l'instruction des non-spécialistes dans l'assistance médicale à bord des navires mérite une attention particulière. Il estimait que: a) les dispositions de la recommandation no 105 devaient être pleinement appliquées, que b) une édition internationale du guide médical de bord devait être mise au point, comme le préconisait la Conférence technique maritime préparatoire de l'OIT, tenue en 1956, dans une résolution relative à cette question, et que c) la partie médicale du Code international des signaux (CIS)[2], dont la première édition date de 1931, devait être révisée en fonction des conseils médicaux contenus dans le guide médical proposé et des médicaments contenus dans les pharmacies de bord. Le comité mixte adopta donc une résolution appelant l'OIT, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ancienne Organisation intergouvernementale consultative de la navigation maritime (IMCO)[3] à établir en commun un système international composé des trois moyens existants de secours médical en mer, à savoir les pharmacies de bord, les guides médicaux et la radio, et à faire rapport sur les résultats de leurs travaux à sa session suivante. Pour ce qui est des non-spécialistes chargés d'administrer un traitement médical, le comité mixte estima qu'il convenait d'encourager la pratique de l'initiation d'un matelot aux premiers secours et aux soins des malades.

A sa quatrième session, en 1965, le comité mixte examina un projet de coordination de l'assistance médicale aux navires en mer établi par l'OIT, l'OMS et l'OMCI et adopta un texte final en l'espèce du Guide médical

international de bord (GMIB), publié par l'OMS en 1967. Le guide, qui rend uniformes l'utilisation des pharmacies de bord et la procédure de consultation médicale par radio, marque l'amorce d'un règlement, à l'échelle internationale, des problèmes auxquels le capitaine d'un navire se trouve confronté en cas de lésions ou de maladie à bord.

Entre-temps, l'OIT, l'OMS et l'OMCI continuèrent d'étudier la question de la formation des personnes chargées, sous l'autorité du capitaine, de l'assistance médicale à bord des navires n'ayant pas de médecin de bord et prirent des mesures concrètes dans ce sens les années suivantes.

La Conférence technique maritime préparatoire de l'OIT, qui s'est tenue en 1969, a débattu de la question de l'initiation aux premiers secours et aux soins médicaux, question abordée dans un instrument international relatif à la formation professionnelle des gens de mer. C'est la raison pour laquelle cette notion est évoquée dans la recommandation (no 137) sur la formation professionnelle des gens de mer, 1970.

Comme suite à la recommandation sur la formation du personnel adoptée à sa troisième session et à une résolution adoptée par la Conférence internationale du Travail, à sa 55e session (maritime), en 1970, le Comité mixte OIT/OMS a fait figurer à l'ordre du jour de sa cinquième session, en 1973, un point intitulé "Formation médicale et formation de secourisme pour le personnel de bord". Cette résolution notait qu'il existe divers aspects de la santé des gens de mer qui, selon les recommandations du comité mixte, devraient être examinés de façon plus approfondie - comme la formation du personnel en ce qui concerne les premiers secours et les soins infirmiers - et préconisait la convocation prochaine d'une session du comité mixte en vue d'examiner ces questions en même temps que d'autres questions.

Une longue résolution, aux aspects techniques complexes, sur les soins médicaux à bord des navires et sur la formation d'un personnel qualifié pour accomplir des actes médicaux, soumise à la Conférence internationale du Travail (maritime) de l'OIT, à sa 55e session, en 1970, par le délégué travailleur des Etats-Unis, donna un nouvel élan à l'action dans le domaine de la formation. La Conférence recommanda de transmettre cette résolution au Conseil d'administration du BIT afin qu'elle soit étudiée par le comité mixte. C'est ainsi qu'à sa cinquième session le comité mixte examina, dans le cadre des questions de formation, un rapport décrivant les facilités et les pratiques que le BIT avait établies sur la base d'informations communiquées par les Etats Membres et adopta une résolution à ce sujet. Cette résolution distinguait, entre les différents niveaux de formation médicale que le comité recommandait de dispenser aux gens de mer, les trois catégories suivantes: pour tous les gens de mer, une instruction sur les mesures immédiates à prendre en cas d'accident ou de toute autre situation d'urgence, c'est-à-dire les premiers soins immédiats; pour certains membres de l'équipage, une formation élémentaire les rendant à même de prendre les mesures efficaces en cas d'accident ou de maladie pouvant se produire à bord, c'est-à-dire une assistance médicale limitée; toujours pour une certaine catégorie de gens de mer, une formation médicale avancée, fondée sur le GMIB et d'autres documents, permettant de prendre une part active aux systèmes de coordination de l'assistance médicale aux navires en mer et de dispenser au malade ou au blessé, tant qu'il est à bord, des soins médicaux d'un niveau satisfaisant.

La 62e session (maritime) de la Conférence internationale du Travail, 1976, en adoptant une résolution sur cette question, réaffirma l'intérêt accordé à la formation médicale. Cette résolution, dont le texte est reproduit à l'annexe III, dispose qu'un niveau minimum de compétence dans les soins médicaux, dépassant celui du secourisme, est essentiel pour la santé des gens de mer et demande instamment que l'on envisage l'adoption de normes

internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires qui exigent une formation des gens de mer aux soins médicaux allant au-delà du niveau du secourisme.

Par la suite, poursuivant la même idée, les membres gens de mer du Comité mixte OIT/OMCI sur la formation proposèrent, à la cinquième session de ce comité tenue en 1977, une résolution sur la formation médicale et les soins médicaux à donner aux gens de mer. Ce texte avait essentiellement le mérite de souligner à nouveau à l'attention la nécessité de fournir des soins médicaux aux malades et aux blessés à bord des navires qui ne transportent pas de médecin et appelait instamment l'OIT à donner suite à la résolution adoptée par la Conférence en 1976. Le texte de cette résolution a été examiné puis soumis à l'OIT et à l'OMCI pour qu'une décision soit prise quant aux moyens les plus appropriés pour régler cette question à l'échelle internationale.

A un stade ultérieur, ce projet de résolution fut examiné par le Sous-comité de l'OMCI sur les normes en matière de formation et de veille à sa douzième session, en 1979, dans le but de formuler des propositions tendant à définir les mesures à prendre pour la formation médicale des personnes chargées des soins médicaux à bord des navires. De l'avis du sous-comité, la formation qui serait dispensée dans ce domaine devrait s'appuyer sur la résolution adoptée par le Comité mixte OIT/OMS en 1973, le GMIB, le Guide des soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses (GSMU)[4] et la partie du Code international des signaux (CIS) consacrée aux questions médicales. Il était en outre d'avis que le comité mixte devrait, à sa sixième session, mettre au point des programmes sommaires de formation basés sur les publications et instruments susmentionnés en prenant en considération les trois stages d'instruction envisagés dans la résolution de 1973.

Entre-temps, la Convention internationale sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille fut adoptée par une conférence tenue en 1978 par l'OMI en association avec l'OIT. Cette convention précise dans ses diverses clauses le minimum de connaissances requis de la part des officiers de pont et des officiers de machines à bord de certains navires, de la part des matelots faisant partie d'une équipe de quart à la passerelle et de la part des opérateurs radiotéléphonistes. Au nombre des connaissances prescrites figurent, à des degrés divers selon les catégories de personnel, les connaissances en matière d'assistance médicale et de premiers secours aux malades et aux blessés. Par exemple, les capitaines et officiers en second des navires de 200 tonneaux de jauge brute ou plus doivent avoir des connaissances approfondies sur les indications contenues dans le GMIB ou dans toute autre publication nationale équivalente, de la partie du Code international des signaux consacrée aux questions médicales et du GSMU, tandis que les autres catégories de personnel doivent avoir reçu une formation pour dispenser des premiers secours, utiliser le matériel de premiers secours et appliquer les procédures et systèmes radiotéléphoniques et médicaux.

Les progrès constatés régulièrement au niveau international dans le sens de l'amélioration des soins médicaux dispensés à bord des navires résultent des travaux du Comité mixte OIT/OMS à sa sixième session, en 1981. Faisant suite à une recommandation adoptée à sa cinquième session, le comité a examiné à cette nouvelle session une version révisée du guide médical comportant une partie consacrée à la pharmacie de bord et a formulé ses observations à ce propos. Le guide a été modifié en conséquence et devrait être publié prochainement par l'OMS. Parallèlement, le comité mixte a décidé que le GSMU, révisé depuis peu par l'OMCI, devait constituer un supplément au guide médical et que les deux opuscules devaient comporter des références communes. Toujours attaché, depuis des années, à la question de la formation médicale des gens de mer, le comité mixte recommanda, compte tenu de la publication imminente des

versions révisées du GMIB et du GSMU, que l'OIT et l'OMS établissent conjointement les trois programmes de formation qu'il appelait de ses voeux dans une résolution adoptée à sa cinquième session. Cette tâche s'est matérialisée par un projet en 1985.

Autre événement important, la Commission paritaire maritime a récemment examiné cette question. A sa 23e session, en 1980, la commission a estimé que, dans l'esprit de la résolution susmentionnée relative à l'établissement de normes internationales régissant cette matière que la Conférence internationale du Travail avait adoptée en 1976 à sa 62e session (maritime), la question des soins médicaux devait figurer à l'ordre du jour de la prochaine conférence technique maritime préparatoire (l'examen de la question des soins médicaux, auquel on procède actuellement, marque une première étape dans ce sens). A la même session, la commission a adopté une résolution sur le rassemblement d'informations statistiques concernant la mortalité des gens de mer, adoptée par la commission à cette même session. Pour l'essentiel, le texte de cette résolution appelle le Bureau à étudier cette question et à faire rapport à la commission. Le texte intégral est reproduit à l'annexe V. En rapport direct également avec ces vues de la commission, il convient de signaler une résolution sur les soins médicaux aux pêcheurs en mer adoptée par la Commission des conditions de travail dans l'industrie de la pêche en 1978. Cette résolution, dont le texte est reproduit à l'annexe III, recommande que la question figure à l'ordre du jour d'une future session de la Conférence internationale du Travail en vue de l'adoption d'un instrument international.

La question des soins médicaux à bord des navires a été examinée plus avant par la 24e session de la Commission paritaire maritime, tenue en septembre 1984. Un rapport rédigé à ce sujet par le Bureau international du Travail à l'intention de la commission se fondait sur les renseignements communiqués par les gouvernements de 47 Etats Membres en réponse à un questionnaire. Le rapport analysait en détail la législation et la pratique concernant les soins médicaux des marins à bord des navires en mer, ainsi que des informations statistiques sur les décès de gens de mer en rapport avec la résolution susmentionnée que la commission a adoptée sur ce sujet en 1980. Le rapport contenait aussi certaines informations sur les dispositions nationales concernant les soins médicaux aux pêcheurs en mer en relation avec la résolution adoptée à ce sujet par la Commission des conditions de travail dans l'industrie de la pêche en 1978.

Au cours des discussions, les membres gens de mer de la Commission paritaire maritime ont fait valoir combien il importait de dispenser des soins médicaux appropriés aux équipages. Ils ont souligné l'intérêt que suscite la question depuis quelques années à la suite de l'adoption par la Conférence internationale du Travail à sa 55e session (maritime) en 1970 d'une résolution demandant qu'une formation médicale plus poussée que le secourisme soit assurée, et notamment qu'une attention soit portée à la question au cours des sessions maritimes futures de l'OIT et de l'OMCI. Le Comité mixte OIT/OMS sur la santé des gens de mer, en particulier, s'est penché sur les soins médicaux. La convention internationale de 1978 sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille exige de son côté que les officiers de pont bénéficient d'une formation médicale inspirée des guides médicaux nationaux de bord. Pour leur part, l'OIT et l'OMS préparent un projet de programme pour la formation médicale des gens de mer, afin de donner suite à une recommandation pertinente du Comité mixte OIT/OMS. Les membres gens de mer ont estimé que le moment était venu d'agir dans ce domaine au niveau international et de rassembler en une seule convention nouvelle toutes les normes et directives officielles édictées jusqu'à présent. Cette nouvelle convention devrait aussi s'appliquer à ceux pratiquant la pêche hauturière qui restent en mer pendant des périodes relativement longues et auxquels ne s'appliquent pas la plupart des normes internationales adoptées à ce jour pour

les gens de mer. Les membres gens de mer ont également relevé le manque d'informations détaillées sur les décès de gens de mer, comme le signalait le rapport du Bureau, et ils ont estimé que les risques d'accidents à bord des navires n'avaient pas diminué malgré les progrès techniques accomplis. Ils étaient donc d'avis qu'il fallait encourager les gouvernements à ratifier la convention (no 134) sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970.

Les membres gens de mer ont présenté un projet de résolution par lequel ils appelaient l'attention sur les résolutions adoptées par les sessions maritimes de la Conférence en 1970 et 1976, respectivement, qui priaient l'OIT et l'OMS d'étudier divers aspects de la santé des gens de mer et insistaient sur la nécessité de prévoir pour les gens de mer des soins médicaux comparables à ceux dont jouissent les travailleurs à terre. Ce même projet de résolution rappelait les connaissances médicales exigées des capitaines et des seconds aux termes de la convention internationale de 1978 sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille. Il demandait aussi que soient améliorés sans cesse la protection de la santé des gens de mer et les soins médicaux qui leur sont fournis, et priait instamment le Conseil d'administration d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine session maritime de la Conférence générale une question concernant l'adoption d'une convention sur la protection de la santé des gens de mer et les soins médicaux qui leur sont dispensés à bord des navires et dans les ports.

Les membres armateurs ont relevé qu'il n'y avait pas de divergence fondamentale entre les gens de mer et eux-mêmes au sujet des soins médicaux à bord des navires. A leur sens, les deux problèmes essentiels qui se posent dans la marine marchande sont les suivants: les marins ne disposent pas à bord des mêmes soins médicaux que les travailleurs à terre; les gens de mer sont exposés de par leur travail à des risques particuliers, tout comme les travailleurs occupés dans de nombreux secteurs de l'industrie. D'après les armateurs, rien dans le rapport du Bureau ne prouvait que les risques d'accident ou de décès eussent été aggravés par un manque de soins médicaux en mer. Nombreux sont d'ailleurs les pays où les normes concernant les soins médicaux sont supérieures à ce qui est recommandé à l'échelle internationale. En outre, comme les membres gens de mer l'ont souligné, bien des efforts sont déployés à l'échelon international pour améliorer le niveau des soins médicaux des gens de mer, y compris certains progrès récents, par exemple dans le domaine des conseils médicaux donnés par radio aux navires en mer. Ce qui distingue essentiellement les pays les uns des autres, c'est le niveau de la formation médicale dispensée aux gens de mer, qui devrait correspondre par sa portée et sa substance au Guide médical international de bord, norme importante selon laquelle peut se mesurer l'étendue de ces soins médicaux. Autres éléments importants, un examen médical adéquat précédant le recrutement et des examens médicaux périodiques des gens de mer en activité.

En ce qui concerne l'action future, les membres armateurs ont estimé que la révision de la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958, et celle de la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, 1958, ne présentaient aucun caractère d'urgence du fait que les normes fixées dans la plupart des pays surpassaient déjà les dispositions de ces instruments. Ils étaient prêts, toutefois, à examiner toutes les propositions pouvant être formulées en vue de l'adoption de nouvelles mesures internationales, par exemple celle d'un nouvel instrument. Les membres armateurs ont mis en garde contre l'adoption d'un nouvel instrument englobant dans son champ d'application certains marins pêcheurs, en faisant valoir qu'ils n'avaient ni mandat ni compétence technique en ce qui concerne l'industrie de la pêche, que mêler les questions de pêche et de transport maritime allait à l'encontre des enseignements de l'expérience, et que cela ne

pourrait que réserver des difficultés de procédure aux futures sessions de la commission et aux sessions maritimes de la Conférence générale.

Les modifications proposées par les porte-parole du groupe des armateurs et du groupe des gens de mer au projet de résolution ont été acceptées par la commission. Le texte ainsi amendé a été adopté à l'unanimité. Il est reproduit à l'annexe I.

Lorsqu'il a examiné l'ordre du jour de la Conférence technique maritime préparatoire, en tenant compte de la résolution susmentionnée adoptée par la Commission paritaire maritime, le Conseil d'administration, à sa 228e session (novembre 1984), a décidé que la protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer constitueraient le point 3 de l'ordre du jour de la Conférence. Afin que la Conférence soit dûment informée de la situation actuelle à ce sujet, le Bureau a demandé aux gouvernements des Etats Membres de fournir des informations sur les faits nouveaux survenus, le cas échéant, dans leur pays depuis la rédaction de leur réponse au questionnaire envoyé à l'occasion de la 24e session de la Commission paritaire maritime ou de répondre à ce questionnaire s'ils n'avaient pas encore été en mesure de le faire. Au 14 juin 1985, les 57 pays suivants avaient répondu au questionnaire: Algérie, République fédérale d'Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Bangladesh, Barbade, Belgique, Belize, Brésil, Bulgarie, Burundi, Canada, Colombie, Cuba, Danemark, Egypte, Espagne, Etats-Unis, Ethiopie, Finlande, France, Ghana, Grèce, Guyana, Hongrie, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Libéria, Madagascar, Malaisie, Maroc, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Panama, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Portugal, Qatar, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Thaïlande, Turquie, URSS, Uruguay et Venezuela. Un certain nombre de ces pays ont fourni de nouveaux renseignements, tandis que 10 pays pour lesquels on ne disposait pas de renseignements auparavant ont répondu au questionnaire pour la première fois. Le Bureau tient à exprimer sa gratitude pour les informations communiquées par les gouvernements de ces pays.

Le présent rapport contient donc essentiellement les renseignements fournis à la Commission paritaire maritime en 1984, complétés, ainsi qu'on vient de l'indiquer, d'un résumé et des conclusions proposées établis sur la base de ces renseignements.

Le chapitre I est consacré à l'importance des traitements médicaux à bord des navires à l'heure actuelle, les problèmes médicaux des gens de mer et les méthodes permettant d'assurer les soins médicaux en mer, y compris les réalisations accomplies à l'échelle internationale au fil des ans dans ce domaine. Les renseignements proviennent essentiellement de la documentation existante et de la presse technique.

Le chapitre II rend compte des informations sur les mesures prises dans divers pays pour la protection de la santé et les soins médicaux des gens de mer. Il se fonde essentiellement sur les renseignements fournis par les gouvernements et présentés à la Commission paritaire maritime en 1984, complétés par les informations reçues ultérieurement des gouvernements.

L'examen de la question des données statistiques concernant la mortalité des gens de mer ainsi que la résolution sur la protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer adoptée par la 24e session de la Commission paritaire maritime ont été évoqués plus haut. Conformément à cette résolution, qui mentionne les statistiques concernant les accidents d'origine professionnelle et les décès dont sont victimes les gens de mer parmi les points à examiner en vue de l'adoption d'un instrument international sur la protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer, cette question a été incluse dans le présent rapport. En conséquence, le

chapitre III renferme des informations statistiques sur les accidents et les maladies mortels des gens de mer, établies par le Bureau à partir de renseignements communiqués par les gouvernements dans leur réponse à la partie du questionnaire sur les soins médicaux qui concerne cette question.

Le chapitre IV donne un résumé des renseignements descriptifs contenus dans les trois chapitres précédents, tandis que le chapitre V rappelle l'importance des services médicaux en mer et énonce les conclusions proposées concernant la protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer; le Bureau considère, au vu des informations dont il dispose actuellement et des discussions de la Commission paritaire maritime, que ces conclusions pourraient former une base de discussion appropriée pour la Conférence maritime technique préparatoire lors de son examen des mesures internationales à prendre dans ce domaine.

Les annexes I, II et III reproduisent, respectivement, le texte de la résolution sur la protection de la santé des gens de mer et les soins médicaux qui leur sont dispensés, les dispositions de fond des deux recommandations de l'OIT concernant les soins médicaux à bord des navires et deux résolutions de l'OIT concernant les normes internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires et sur les soins médicaux pour les pêcheurs en mer. L'annexe IV reproduit les dispositions de la convention (no 134) et de la recommandation (no 142) sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970, qui ont trait aux statistiques des accidents du travail, tandis que l'annexe V contient la résolution sur le rassemblement d'informations statistiques concernant la mortalité des gens de mer, ainsi que deux résolutions concernant les statistiques des lésions professionnelles adoptées par les Conférences des statisticiens du travail convoquées par l'OIT.

Notes

[1] La désignation du Comité mixte a été modifiée par la suite pour devenir "Comité mixte OIT/OMS sur la santé des gens de mer".

[2] OMCI: Code international des signaux (Londres, Organisation intergouvernementale consultative de la navigation maritime, 1965).

[3] Désormais l'Organisation maritime intergouvernementale (OMI).

[4] OMI/OMS/OIT: Guide des soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses (Londres, Organisation maritime consultative internationale, 1982).

CHAPITRE I

L'IMPORTANCE DES SOINS MEDICAUX A BORD DES NAVIRES

Ce qui précède témoigne de la préoccupation considérable qu'inspirent depuis longtemps dans le monde entier la qualité des soins médicaux en mer et l'instruction dispensée aux équipages pour garantir une qualité de soins satisfaisante. Cette préoccupation tient au fait que le métier de marin a toujours été un métier dangereux et que ceux qui le choisissent sont encore victimes de problèmes de santé ou d'accidents exigeant bien souvent des soins immédiats.

Les grands progrès de la technique ont permis de construire des navires spacieux, relativement sûrs et bien équipés, où les équipages bénéficient d'aménagements satisfaisants, d'une nourriture saine et de facteurs d'agrément nombreux. Parallèlement, les navires modernes passent de moins en moins de temps en mer, entre les ports de relâche, et disposent de meilleurs moyens de communication par radio. De plus, il est plus facile d'évacuer un marin en détresse d'un navire en mer, et les marins eux-mêmes, d'une part, subissent un examen médical périodique permettant de contrôler leur aptitude physique au service à bord et, d'autre part, grâce à l'élargissement et à l'amélioration de la formation professionnelle, sont mieux informés des mesures prévues pour leur sécurité personnelle et pour la protection de leur santé. Si les risques d'accidents ou de maladies impossibles à traiter de manière satisfaisante en mer ne sont peut-être pas aussi grands qu'autrefois, le métier de marin n'est certainement pas un métier où ce genre de risque est minime. Il présente encore ses propres risques et dangers pour la santé. De plus, abstraction faite des risques inhérents au métier, le grand nombre de marins embarqués sur des navires étrangers et la composition internationale des équipages d'une grande partie de la flotte marchande du monde ont, dans une certaine mesure, rendu plus complexe la tâche consistant à garantir des soins médicaux satisfaisants en mer.

Les rapports publiés par certains pays sur les cas de maladies et de lésions corporelles concernant les équipages indiquent que les marins des flottes marchandes ont encore besoin de normes médicales spéciales et de soins médicaux améliorés. Les troubles les plus fréquemment signalés sont les accidents, les maladies de la peau, les troubles respiratoires, les maladies cardio-vasculaires, les dérangements gastro-intestinaux, les maladies vénériennes, les caries dentaires ainsi que des troubles mentaux de nature et de degrés divers.

Il importe également de prémunir le marin contre le risque de contracter une maladie qui l'indispose pendant la période d'embarquement et dont le traitement provoque des effets secondaires défavorables. Il ne devrait pas être admis que l'état de santé d'un marin puisse se détériorer faute de médicaments appropriés ni au point de l'empêcher de s'acquitter de ses fonctions et d'exiger les soins d'un spécialiste. A l'heure actuelle, l'effectif embarqué est si juste que, si un homme est malade, ses compagnons de bord en supportent les conséquences, au point que la vie des marins du navire ou d'autres navires peut s'en trouver en danger. Certains états cliniques devraient écarter celui qui en est affecté du service de bord, de façon permanente ou du moins temporaire, tant qu'un état de santé spécifique n'a pas été recouvré.

S'il est vrai que des progrès considérables ont été accomplis ces vingt-cinq dernières années pour améliorer la situation sanitaire des gens de

mer, tant à terre qu'en mer, il est apparemment indispensable d'aller plus loin en ce qui concerne la situation en mer.

S'agissant de la santé des gens de mer au sens large, la convention (no 16) sur l'examen médical des jeunes gens (travail maritime), 1921, et la convention (no 73) sur l'examen médical des gens de mer, 1946, adoptées par l'OIT, ont largement contribué à garantir que seuls des individus sains soient autorisés à prendre la mer. La convention (no 55) sur les obligations de l'armateur en cas de maladie ou d'accident des gens de mer, 1936, la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958, et la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, 1958, ont également beaucoup contribué à l'amélioration des soins médicaux fournis aux gens de mer. Par leur effet conjugué, ces instruments de l'OIT ont contribué à l'instauration de normes minimales concernant la santé des gens de mer dans le monde entier. Dans de nombreux pays, un examen médical est exigé de toute personne avant de pouvoir embarquer ou être admis à exercer le métier de marin. Il existe des centres ou des hôpitaux spécialisés dans le traitement des gens de mer malades ou blessés et dans la conduite des examens médicaux.

En ce qui concerne le traitement à bord, les renseignements communiqués par le passé à l'OIT ou ceux que l'on trouve dans les publications techniques font apparaître que les services médicaux assurés dépendaient généralement de l'importance de l'équipage et du nombre de passagers. La législation de certains pays prescrivait la présence d'un médecin à bord à partir d'un certain nombre de personnes embarquées - qui pouvait être de l'ordre de 100 personnes - ou lorsque le navire était affecté au transport des passagers. En revanche, il n'y avait pas de médecin sur la plupart des navires marchands, la règle générale voulant qu'un officier de pont, le commissaire de bord ou, éventuellement, un infirmier ou un commis soit responsable des soins médicaux à donner à l'équipage. En général, ces officiers sont titulaires au moins d'un brevet de premiers secours qui fait partie des qualifications professionnelles dont ils doivent justifier; ils ont pu également recevoir une instruction spéciale pour dispenser des soins infirmiers ou une instruction d'un niveau supérieur. Cependant, une fois ces qualifications acquises, les titulaires n'étaient pas tenus, en général, de rafraîchir leurs connaissances, si bien que les soins médicaux assurés se limitaient souvent au contenu de la pharmacie de bord, à un manuel d'instructions sur les médicaments et l'équipement médical à bord, conçu en fonction du genre de maladie pouvant se déclarer pendant un voyage au long cours, aux conseils que l'on peut obtenir d'un médecin par radio et aux services des officiers mentionnés ci-dessus. Ce système comportait de nombreux inconvénients. Tout d'abord, on ne pouvait pas attendre d'une personne n'ayant reçu guère plus qu'une instruction de premiers secours qu'elle puisse dispenser des soins médicaux adéquats. Deuxièmement, tout traitement digne de ce nom exigeant que la personne qui l'administre soit au courant de la thérapie moderne, un officier titulaire d'un brevet de premiers secours ne peut apporter qu'une instruction médicale limitée et, sans rafraîchissements périodiques de ses connaissances, ne peut pas se tenir au courant de l'évolution des techniques, des médicaments, etc. Troisièmement, un capitaine ou un officier de pont peut ne pas être disponible pour diagnostiquer une maladie ou administrer un traitement si ses services étaient indispensables ailleurs pour la sécurité du navire.

En cas de lésion corporelle ou de maladie à bord, le premier secours est certes très important, mais ne dépasse pas généralement le genre de traitement qui peut être administré à un patient avant l'arrivée d'une ambulance ou d'un médecin. En mer, il n'est pas question d'appeler une ambulance ni, en général, un médecin. Le traitement médical doit être assuré jusqu'à ce que le navire touche un port et qu'on en puisse obtenir un médecin. Même à ce stade, en raison de la brièveté des escales à l'heure actuelle, il peut se faire que les soins médicaux soient limités ou que l'on s'en tienne à la poursuite du

traitement assuré à bord. Ces facteurs renforcent la nécessité de soins médicaux appropriés en mer.

Une consultation médicale spécialisée peut s'avérer nécessaire alors que le navire est à des centaines de milles de la côte. En cas d'urgence, les capitaines des navires ont actuellement un avantage sur leurs prédécesseurs: ils peuvent recourir à la consultation médicale par radio. Plusieurs services organisés veillent, prêts à fournir leur aide. L'un des plus connus, qui existe depuis plus de 40 ans, est le Centro Internazionale radio-medico (CIRM) en Italie. Cet organisme s'occupe d'un réseau de moyens médicaux et d'une chaîne mondiale de télécommunications qui permet aux gens de mer, où qu'ils se trouvent, d'obtenir à tout moment une consultation médicale spécialisée par radio avec promptitude et efficacité. Dans le même ordre d'idée, les travaux du Comité mixte OIT/OMS, qui ont permis d'unifier, de moderniser et de coordonner les trois formes d'assistance médicale aux navires en mer - le guide médical de bord, la pharmacie de bord et les moyens d'obtenir une consultation médicale par radio -, ont largement contribué à l'amélioration des soins médicaux en mer. Le Guide médical international de bord (GMIB), par exemple, dans lequel est reproduit le texte de la partie du Code international des signaux consacrée aux questions médicales, constitue une réponse internationale aux problèmes d'un capitaine ayant un blessé ou un malade à bord. Il lui permet de consulter un médecin en lui donnant les renseignements nécessaires et le médecin peut s'appuyer sur le code pour envoyer des instructions fondées sur le guide médical et la pharmacie de bord. Si cette coordination a permis d'améliorer considérablement les moyens offerts, il s'agit toujours de soins médicaux à distance et les gens de mer malades ou blessés manquent en général de soins spécialisés dispensés à leur chevet. Parallèlement, beaucoup estiment qu'un officier de pont n'ayant qu'un brevet de premiers secours ne peut pas dispenser des soins adéquats, même s'il a accès à la consultation médicale par radio, et que la personne chargée d'assister le malade devrait justifier de qualifications satisfaisantes et être en mesure de s'acquitter intégralement de cette tâche.

Les renseignements sur la formation médicale qui ont été cités dans diverses réunions et des publications indiquent que certains pays assurent une formation supérieure à celle des premiers secours pour les personnes qui pourraient être appelées à soigner un marin malade ou atteint de lésions corporelles. Cette formation est donnée à certains officiers - en général les capitaines, les officiers de navigation ou les commissaires de bord. Le but de cette formation est de conférer à l'officier au moins une connaissance fonctionnelle du contenu du GMIB ou d'un guide analogue publié dans le pays afin qu'il puisse faire face rapidement et avec efficacité à la plupart des cas d'urgence médicale en mer. Cette formation a pour but de permettre aux officiers d'agir en capacité de pharmaciens assistants ou d'infirmiers et d'identifier les problèmes qui surgissent plutôt que d'agir en qualité de médecins. L'expérience a montré qu'il n'est guère utile d'avoir à bord des médicaments, des instruments, des pansements chirurgicaux et un guide médical si personne n'est à même de s'en servir et prouve donc que ce genre de formation a contribué à l'amélioration du niveau des soins médicaux en mer. Si, par exemple, on peut trouver une description des injections intramusculaires ou des gestes de réanimation cardio-pulmonaire dans les guides médicaux de la plupart des navires, rien ne saurait remplacer l'expérience pratique.

Le cours de formation médicale le plus représentatif familiarise entièrement les officiers auxquels il s'adresse avec les différentes parties du guide médical des officiers de marine et combine enseignement théorique et expérience pratique et clinique. Les officiers apprennent à traiter les maladies et lésions corporelles courantes et à faire face aux cas d'urgence de manière à réduire le risque de complications et à atténuer des souffrances,

sont instruits des complexités du corps humain et de ses réactions à la maladie ainsi que de la façon de maintenir la qualité des soins fournis aux patients, dans l'hygiène du milieu et dans l'hygiène corporelle.

Alors que cette formation est assurément l'un des facteurs d'amélioration des soins médicaux en mer les plus importants, il existe d'autres moyens servant cet objectif: l'utilisation de la pharmacie de bord et du guide médical qui l'accompagne et la consultation médicale par radio. La pratique consistant à équiper les navires d'une pharmacie varie considérablement d'un pays à un autre, tout autant que la norme concernant des équipements médicaux, selon qu'il existe ou non une réglementation à ce sujet et selon le contenu de cette réglementation et la manière dont elle est appliquée. Si l'accès à la consultation médicale par radio offre de grandes possibilités, celles-ci dépendent aussi largement de la formation médicale de l'équipage. Le membre de l'équipage responsable de l'assistance médicale doit être en mesure de décrire les symptômes et de comprendre quels renseignements sont nécessaires pour établir un diagnostic et pour conseiller un traitement. Il doit également comprendre les conseils fournis par le médecin et appliquer le traitement. Ainsi, les moyens médicaux disponibles à bord dépendent en dernier ressort de la formation que les personnes responsables auront reçue.

CHAPITRE II

ETUDE DES SOINS MEDICAUX DONT BENEFICIENT LES GENS DE MER EMBARQUES A BORD DES NAVIRES DES DIFFERENTS PAYS

Si les conditions sanitaires des gens de mer se sont considérablement améliorées au fil des ans, les problèmes inhérents à la maladie et aux lésions corporelles continuent à se poser. Le questionnaire envoyé aux gouvernements a été conçu pour rassembler les informations les plus récentes sur la situation de chaque pays en ce qui concerne l'assistance médicale offerte aux gens de mer de la marine marchande. Les gouvernements ont été priés de consulter leurs organisations représentatives d'armateurs et de gens de mer pour préparer leurs réponses et de fournir des informations sur l'assistance médicale en mer offerte aux marins pêcheurs lorsque les conditions de leur travail présentent des similitudes avec celles des gens de mer de la marine marchande. Le questionnaire compte 21 points regroupés sous sept rubriques principales. On trouvera ci-après un résumé des réponses précédé du libellé de chaque question.

Fourniture de soins médicaux à bord des navires

1. Veuillez préciser quels types de dispositions garantissent aux marins des soins médicaux en cas de maladie ou d'accident en mer à bord des navires marchands immatriculés dans leur pays:

   a) lois ou règlements, y compris le règlement de bord;

   b) accords entre les armateurs ou leurs organisations et les organisations de gens de mer;

   c) contrats de travail individuels conclus entre armateurs et marins;

   d) décisions judiciaires;

   e) pratiques volontaires des armateurs, des exploitants ou des responsables des navires;

   f) autres types de dispositions.

Dans presque tous les pays sur les réponses desquels se fonde le présent rapport, il existe des dispositions réglementaires en matière maritime qui ont directement trait aux soins médicaux à bord des navires. D'une manière générale, les lois, décrets, arrêtés, codes et ordonnances de la marine marchande, ainsi que les règlements sanitaires, stipulent que tous les navires affectés à la navigation en mer - à quelques exceptions près, comme les navires naviguant au cabotage - doivent avoir à leur bord une pharmacie appropriée et les médicaments, réserves médicales et équipements médicaux indispensables. Il en est ainsi dans tous les pays ayant répondu au questionnaire, à l'exception de 11 d'entre eux (Belize, Bulgarie, Canada, Colombie, Ethiopie, Guyana, Soudan, Sri Lanka, Tchécoslovaquie, Thaïlande et Turquie), qui n'ont pas fait parvenir d'informations précises. En outre, la législation stipule, dans 40 pour cent des pays, que l'on doit pouvoir trouver à bord un certain nombre de médicaments précis, et, dans 57 pour cent des pays, que l'on doit trouver à bord des instructions appropriées pour une

utilisation adéquate des moyens médicaux ou, au moins, un guide de premiers soins. Certaines législations sont plus précises et spécifient l'emplacement, l'agencement, l'entreposage, l'entretien et l'inspection périodique des moyens médicaux de bord, l'équipement des postes réservés aux malades sur les navires et les sanctions en cas de non-conformité des pharmacies de bord avec la réglementation.

D'une manière plus générale, la législation de 27 des pays considérés (Algérie, Australie, Bangladesh, Barbade, Belgique, Danemark, Egypte, Espagne, Etats-Unis, France, Ghana, Grèce, Inde, Japon, Libéria, Maroc, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Panama, Pérou, Philippines, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Uruguay) précise quelles sont les responsabilités spécifiques de l'armateur ou du capitaine, ou des deux, en matière d'assistance médicale aux marins malades ou blessés, en particulier lorsque le navire est en mer ou qu'il fait relâche dans un port étranger; elle réglemente des questions telles que l'obligation, pour l'armateur, de supporter les coûts de l'assistance médicale et de l'entretien du marin malade ou blessé, l'obligation pour le capitaine de prendre les dispositions nécessaires pour que le marin, malade ou blessé, soit examiné et l'obligation, pour ce dernier, de se soumettre à l'examen médical, la durée des prestations médicales aux frais de l'armateur et les conditions d'ouverture des droits à ces prestations, le maintien du salaire du marin malade ou blessé, et la maternité, le décès et les obsèques des gens de mer.

D'autres questions directement liées à l'assistance médicale à bord font l'objet de dispositions législatives, bien que, dans une moindre mesure, tous les pays, sauf 16 (Belize, Burundi, Colombie, Espagne, Ethiopie, Finlande, Malaisie, Mexique, Pakistan, Qatar, Seychelles, Sri Lanka, Soudan, Suède, Suisse et Thaïlande), prévoient qu'un médecin ou tout autre personnel médical doit être embarqué à bord des navires transportant un certain nombre de personnes ou effectuant une traversée donnée. Dans huit pays (Australie, Bangladesh, Brésil, Italie, Japon, Mexique, Royaume-Uni et Uruguay), les armateurs sont tenus par la loi de veiller à la présence à bord d'un personnel formé et qualifié, autre que des médecins, en fonction des exigences du service du navire. Dans deux pays (Algérie et Philippines), l'armateur est responsable de l'initiation de l'équipage aux premiers soins et, dans plusieurs autres, les candidats au brevet d'officier de marine doivent avoir accompli avec succès plusieurs cours de premiers soins et d'assistance médicale à bord des navires. En outre, la réglementation d'un pays (Libéria) exige que le capitaine et tels autres officiers qu'il pourra désigner utilisent pleinement les conseils médicaux par radio; tous les navires doivent également tenir un registre médical où sont consignés les maladies et les accidents, ainsi que les traitements administrés. Dans 18 pays (Barbade, Bulgarie, Burundi, Colombie, Cuba, Egypte, Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, Italie, Mexique, Norvège, Panama, Philippines, République démocratique allemande, Tchécoslovaquie et Turquie), les gens de mer sont couverts, pour les questions médicales, par les dispositions de leur Code national du travail ou de leur législation nationale sur la santé publique, y compris de leur législation nationale sur la sécurité sociale; dans 6 pays, ils ne sont couverts que par ces seuls instruments. Alors que, dans les pays à économie de marché, ces textes traitent normalement des droits des travailleurs en général en matière de protection sanitaire et de prestations en cas de maladie ou de lésions corporelles, dans les pays socialistes, ces textes comportent des dispositions s'appliquant plus particulièrement aux gens de mer et réglementent la question de l'examen médical, des dossiers médicaux, des pharmacies de bord, des inspections périodiques des moyens médicaux de bord et de l'assistance médicale générale aux gens de mer et à leurs familles.

Les conditions de travail de la plupart des marins pêcheurs sont voisines de celles des équipages de la marine marchande, et certains pays (Algérie,

Belgique, Brésil, Danemark, France, Ghana, Italie, Nouvelle-Zélande, Pérou, Seychelles et Uruguay) étendent par conséquent aux bateaux de pêche ou aux pêcheurs leur législation relative à l'assistance médicale dans la marine marchande. Dans tous ces pays, sauf un, les bateaux affectés à la pêche côtière et à la pêche hauturière sont tenus par la loi d'avoir une pharmacie de bord, des médicaments et un équipement médical. Dans le pays qui fait exception (Danemark), le patron du bateau est responsable de l'assistance médicale aux pêcheurs, à l'instar des capitaines de la marine marchande, vis-à-vis de leurs équipages. En outre, dans un pays (Pérou), l'assistance médicale aux pêcheurs en mer est régie par le système national de sécurité sociale et, dans un autre pays (Brésil), certains bateaux de pêche doivent compter à leur bord un membre d'équipage justifiant de qualifications médicales.

Plus d'un tiers des pays (Australie, Barbade, Belgique, Canada, Colombie, Egypte, Ethiopie, Grèce, Guyana, Inde, Indonésie, Japon, Libéria, Madagascar, Maroc, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Pérou, Seychelles, Sri Lanka, URSS, Uruguay et Venezuela) indiquent que, outre les dispositions législatives, les conventions collectives conclues entre armateurs et gens de mer, ou les contrats de travail individuels, comportent des dispositions concernant la protection de la santé des gens de mer. Si environ la moitié de ces pays ne fournissent pas de détails appréciables, l'un (Japon) indique qu'aux termes des conventions collectives les armateurs sont tenus de fournir un médecin pour certains navires et de fixer les règles de travail concernant la sécurité et la santé à bord. Dans un autre pays (Royaume-Uni), une convention applicable au secteur prévoit que l'officier responsable du service général à bord des navires comptant plus de 20 membres d'équipage doit être titulaire d'un brevet national d'assistance médicale, analogue à celui des capitaines. Dans trois pays (Grèce, Inde et Pakistan), les conventions collectives comportent des clauses sur les prestations médicales, qui réglementent explicitement la durée des allocations de subsistance et la prestation des soins médicaux aux marins malades ou blessés, à la charge de l'armateur; dans un autre (Belgique), la loi stipule que les contrats d'engagement des gens de mer doivent comporter des dispositions relatives aux soins médicaux. Enfin, les conventions collectives d'un pays (URSS) précisent les obligations de l'armateur en ce qui concerne les examens médicaux, l'hygiène à bord, l'emploi de personnel médical et la fourniture de médicaments et d'équipements médicaux.

2. Veuillez joindre à votre réponse le texte des lois, règlements ou accords prévoyant l'obligation formelle de fournir des services médicaux aux marins à bord des navires en mer, ainsi que tous autres textes ou renseignements concernant cette obligation, les pratiques en vigueur dans ce domaine ou la mise en oeuvre de ces services.

Trente-trois des 57 pays sur les réponses desquels le présent rapport se fonde ont fourni le texte ou des extraits pertinents de leurs instruments relatifs à l'assistance médicale aux gens de mer, et la plupart des autres ont donné un aperçu du contenu de leur législation en la matière. Dans plus de la moitié de ces pays, les codes maritimes, lois sur la marine marchande, lois sur la navigation ou lois sur les gens de mer, ainsi que leurs réglementations d'application, constituent la source des dispositions juridiques relatives à l'assistance médicale à bord des navires. Dans les autres pays, ces dispositions sont contenues, par ordre décroissant d'importance, dans les codes du travail maritime, dans les ordonnances relatives au même domaine, dans les lois sur la santé publique ou dans le Code national du travail. Dans quelques pays, la protection de la santé des gens de mer n'est réglementée que par ordonnance administrative ou par décret, tandis qu'un bon nombre d'autres pays s'appuient sur des instruments de divers types - lois sur la santé

publique, lois sur la marine marchande ou sur les conditions de travail en mer et lois sur le régime général de sécurité sociale - pour fixer la réglementation en la matière.

Il semblerait, d'après les informations disponibles, que la pratique consistant à ne faire état des conditions relatives à l'assistance médicale à bord que dans les conventions collectives ou dans les contrats de travail individuels, en application seulement de la législation en vigueur en matière de santé publique, ne soit pas courante du tout; on ne la rencontre en fait que dans huit pays (Belize, Bulgarie, Hongrie, Mexique, Panama, Sri Lanka, Tchécoslovaquie et Thaïlande), dont deux (Belize et Thaïlande) précisent que les conditions faites aux gens de mer en matière d'assistance médicale ne sont énoncées que dans les contrats de travail individuels; dans les deux cas, ces conditions se limitent à certains aspects de la législation sur le régime général de sécurité sociale, sur la santé et sur l'hygiène publiques.

Moyens médicaux disponibles à bord des navires

Pharmacies de bord

3. Veuillez expliquer les catégories ou types de navires marchands de votre pays qui sont tenus de posséder une pharmacie de bord.

La recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958, dispose que tout navire affecté à la navigation maritime devrait être tenu d'avoir une pharmacie de bord, dont le contenu serait précisé par l'autorité compétente, compte tenu de facteurs tels que le nombre des personnes à bord, ainsi que la nature et la durée du voyage.

Sur les 51 pays ayant répondu à cette question (tous sauf Belize, le Brésil, le Canada, le Soudan, la Thaïlande et la Turquie), 36 (Algérie, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Colombie, Cuba, Danemark, Egypte, Espagne, Ethiopie, France, Ghana, Grèce, Guyana, Hongrie, Indonésie, Italie, Libéria, Maroc, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Panama, Pays-Bas, Pérou, Qatar, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Sri Lanka, Suisse, Tchécoslovaquie, URSS, Uruguay et Venezuela) ont indiqué que tous les navires marchands, sans exception, doivent avoir une pharmacie de bord. Dans sept pays (Algérie, Ghana, Italie, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège et Seychelles), le même principe s'applique aux bateaux de pêche hauturière ou côtière; si la même règle s'applique avec des modalités diverses dans les autres pays, généralement, elle prescrit que tous les navires, exception faite des petites unités, doivent avoir une pharmacie de bord. Les critères de détermination des navires visés par cette disposition sont très divers: tous les navires affectés au transport des passagers et des marchandises (Ghana, Grèce et Maroc); tous les navires marchands, sauf ceux effectuant une traversée n'excédant pas trente minutes ou un parcours très bref (Danemark et Indonésie); tous les navires effectuant un trafic international (Pakistan et Qatar); toutes les unités affectées au trafic international ou national, qui transportent plus de 300 tonnes de cargaison (Bangladesh); tous les navires affectés au trafic international, y compris les unités naviguant au cabotage, dont l'équipage compte au moins dix membres et qui effectuent des traversées d'au moins vingt-quatre heures (Bulgarie); toutes les unités affectées à la navigation maritime (Autriche et Tchécoslovaquie); les navires de 500 tonneaux de jauge brute ou plus, avec une réglementation spéciale pour les navires affectés au transport des passagers (France); tous les navires de 200 tonneaux de jauge brute ou plus, avec une réglementation spéciale pour les navires affectés au transport des passagers (Inde); toutes les unités d'au moins

20 tonneaux de jauge brute et toutes les unités affectées au transport des passagers (Suède); toutes les unités de plus de 25 tonneaux de jauge brute (Malaisie); toutes les unités affectées au trafic international ou côtier de plus de 75 tonneaux de jauge brute (Etats-Unis); toutes les unités de plus de 100 tonneaux de jauge brute (Brésil); tous les navires, sauf les cargos naviguant au cabotage et les unités de pêche (Australie); toutes les unités de 30 tonneaux de jauge brute ou plus, à l'exception des unités de pêche de moins de 20 pieds de long (Nouvelle-Zélande); tous les navires transportant 100 passagers ou plus (Philippines); toutes les unités pontées, y compris les unités de pêche (Norvège); les cargos de haute mer et les caboteurs, ainsi que les bateaux de pêche hauturière (Mexique).

Compte tenu de ces différences, il est intéressant de noter que, dans six des pays cités, les pharmacies de bord sont obligatoires sur les bateaux de pêche présentant certaines dimensions et caractéristiques, en général sur les bateaux qui restent en mer plusieurs jours. Les autres pays n'ont pas indiqué si ces dispositions s'appliquent aux unités de pêche - par exemple si "toutes les unités affectées à la navigation en mer" ou "tous les navires" d'un certain tonnage désignent également les unités de pêche.

4. Sur la base de la pharmacopée internationale, veuillez fournir la liste des médicaments qui doivent figurer dans la pharmacie de bord. Veuillez donner aussi la liste des instruments, etc., qu'elle doit contenir.

Cette question avait pour but d'apprécier la mesure dans laquelle les pays instituent des normes ou des pratiques uniformes en ce qui concerne le contenu des pharmacies de bord des navires de leur flotte marchande (une liste minimum d'articles devant figurer dans la pharmacie de bord figure en annexe à la recommandation no 105).

Il semblerait que, dans tous les pays qui ont répondu, à l'exception de 10 d'entre eux (Barbade, Belize, Ethiopie, Ghana, Guyana, Pérou, Portugal, Seychelles, Sri Lanka et Thaïlande), il existe une réglementation précisant les fournitures médicales que l'on doit trouver à bord des navires. Trente et un ont communiqué une copie de leur liste - qu'ils ont tous publiée récemment -, ce qui laisse supposer qu'ils se soucient de procéder à une révision périodique au rythme des progrès de la médecine et des méthodes de traitement. Six d'entre eux (Bulgarie, France, Japon, Madagascar, Nouvelle-Zélande et Norvège) ont indiqué qu'il existe des listes de fournitures médicales approuvées pour les différents types de navires, selon leur tonnage, selon qu'ils sont affectés au transport des passagers, selon la durée et la longueur des traversées, selon la présence à bord de personnel ayant une formation médicale, etc. Trois pays ont quatre listes et les trois autres en ont trois.

Dans les quelques cas où il n'existe pas de prescriptions obligatoires concernant le contenu des pharmacies de bord, la pratique semble être de se conformer à des normes nationales ou aux normes internationales. Ainsi, dans quatre pays (Argentine, Egypte, Etats-Unis et Philippines), une liste de fournitures médicales est proposée par les intéressés et arrêtée par eux, en accord avec l'employeur. Quatre autres pays (Bangladesh, Bulgarie, Libéria et Suisse) ont déclaré avoir adopté les médicaments et fournitures préconisés par le Guide médical international de bord, deux pays (Algérie et Panama) indiquent que les médicaments embarqués sont conformes à la pharmacopée internationale, deux autres (Qatar et URSS) ont déclaré que leurs pratiques courantes étaient conformes aux dispositions de la Convention internationale pour la sauvegarde de la vie humaine en mer, et deux pays (Argentine et Ethiopie) s'en tiennent à la liste figurant dans la recommandation no 105.

Une transformation récente de la législation concernant les pharmacies de bord a été signalée dans deux pays (Canada et France); dans le premier, les règles en vigueur, dépassées, sont en cours de révision, tandis que dans le second la législation promulguée en 1980 a été amendée en 1983.

Enfin, en ce qui concerne les unités de pêche, deux pays (Italie et Nouvelle-Zélande) ont, outre les listes officielles de réserves de médicaments concernant les navires marchands, des listes distinctes pour les unités affectées à la pêche côtière et hauturière.

5. Comment la pharmacie de bord et son contenu sont-ils entretenus et inspectés? Qui inspecte la pharmacie de bord? Avec quelle fréquence?

La recommandation no 105 dispose que les réglementations nationales devraient comporter des dispositions régissant la tenue et l'entretien des pharmacies de bord et de leur contenu et prévoir que ces pharmacies doivent être inspectées par des personnes agréées par l'autorité compétente, à des intervalles n'excédant normalement pas douze mois. Cette question avait pour but d'établir la mesure dans laquelle cette pratique est suivie.

Tous les pays sauf 11 (Belize, Burundi, Canada, Colombie, Indonésie, Mexique, Malaisie, Soudan, Tchécoslovaquie, Thaïlande et Venezuela) ont indiqué que les pharmacies de bord font l'objet d'une inspection. Dans 15 pays (République fédérale d'Allemagne, Australie, Barbade, Brésil, Bulgarie, Finlande, France, Inde, Italie, Japon, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suède et Uruguay), il existe des dispositions concernant cette question et dans 25 autres (Algérie, Argentine, Bangladesh, Belgique, Danemark, Egypte, Espagne, Ethiopie, Ghana, Grèce, Hongrie, Libéria, Madagascar, Maroc, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Qatar, République démocratique allemande, Seychelles, Sri Lanka, Suisse et URSS) le ministère de la Santé publique, les autorités maritimes ou les autorités sanitaires portuaires, les pharmaciens patentés, les gardes-côtes, les inspecteurs des navires ou toute autre autorité compétente sont officiellement responsables de ce genre d'inspection.

Pour ce qui est des personnes chargées de l'inspection et pour ce qui est de la fréquence de ces inspections, la pratique varie considérablement d'un pays à un autre. Deux pays (Etats-Unis et Pérou) ont indiqué que l'inspection des pharmacies de bord et des locaux réservés pour les malades était obligatoire sans donner de détails. Vingt-deux ont indiqué que les inspections étaient périodiques et ont spécifié l'autorité qui en est responsable: le capitaine du navire ou l'armateur dans neuf pays (Autriche, Grèce, Guyana, Japon, Nouvelle-Zélande, Panama, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède), les autorités sanitaires dans neuf pays (Argentine, Egypte, Ethiopie, Finlande, Ghana, Hongrie, Italie, Qatar et Suisse) et la personne responsable de l'assistance médicale à bord dans quatre pays (Algérie, Bulgarie, Cuba et URSS). Néanmoins, dans 18 pays (Algérie, Australie, Danemark, Egypte, Espagne, Grèce, Inde, Libéria, Madagascar, Maroc, Norvège, Nouvelle-Zélande, Philippines, République démocratique allemande, Seychelles, Suède, Suisse et Uruguay), des dispositions courantes prévoient que les autorités sanitaires ou les autorités maritimes à terre inspectent les pharmacies de bord chaque année - souvent à l'occasion de l'inspection périodique du navire.

En outre, pour ce qui est de sa fréquence, l'inspection peut être effectuée tous les mois par le capitaine ou une autre personne qualifiée (Guyana et Panama), tous les trois mois par le capitaine (Autriche et Hongrie), tous les trois mois par les autorités maritimes pour les paquebots (Libéria), avant chaque appareillage par le capitaine (Belgique), avant chaque appareillage par les autorités portuaires (Pakistan), après chaque voyage par

les autorités à terre, sauf pour les unités naviguant au cabotage, lesquelles font l'objet d'une inspection périodique (Bulgarie), ou chaque fois que le navire relâche dans un port national par les autorités portuaires (Cuba), ou à l'arrivée et au départ par les inspecteurs médicaux portuaires (Sri Lanka).

Les autres informations intéressantes ont trait aux responsabilités confiées à des membres de l'équipage autres que le capitaine, notamment, le cas échéant, au médecin de bord, en ce qui concerne l'entretien des moyens médicaux du bord et la délivrance, dans trois pays (Bulgarie, Danemark et République démocratique allemande), de certificats de conformité des pharmacies de bord aux normes en vigueur.

Guides médicaux de bord

6. Veuillez indiquer quels navires marchands de votre pays doivent obligatoirement être pourvus d'un guide médical reconnu.

La recommandation no 105 dispose que toutes les pharmacies de bord devraient contenir un livret d'instructions médicales approuvé par l'autorité compétente et donnant toutes explications sur l'usage du contenu de la pharmacie de bord.

Neuf pays seulement (Argentine, Autriche, Barbade, Belize, Canada, Malaisie, Philippines, Thaïlande et Turquie) n'ont pas été en mesure de fournir des renseignements à ce sujet. Sur les 46 pays ayant déclaré qu'il existe un guide médical à bord de leurs navires, 13 (République fédérale d'Allemagne, Australie, Bangladesh, Espagne, Etats-Unis, France, Libéria, Maroc, Portugal, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Suède et Uruguay) ont déclaré que cette question était réglementée par la loi; les autres n'ont pas fait de commentaires.

La détermination des catégories de navires devant avoir un guide médical à bord varie. Vingt-huit pays (Algérie, Belgique, Brésil, Cuba, Egypte, Ethiopie, Finlande, France, Ghana, Guyana, Hongrie, Indonésie, Italie, Libéria, Maroc, Mexique, Norvège, Panama, Pays-Bas, Pérou, Portugal, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Suisse, URSS, Uruguay et Venezuela) citent tous les navires sans mentionner d'exception. Les 18 pays restants indiquent qu'un guide médical se trouve à bord de tous les navires affectés au transport des passagers et de tous les cargos de 20 tonneaux de jauge brute ou plus (Suède), tous les navires de plus de 20 tonneaux de jauge brute (Espagne), tous les navires affectés au trafic international ou au cabotage de 200 tonneaux de jauge brute ou plus (Inde), tous les navires naviguant au cours ou au cabotage de 300 tonneaux de jauge brute ou plus (Bangladesh), tous les navires affectés au trafic international et naviguant dans les eaux internationales (Pakistan et Soudan), tous les navires affectés au trafic international et au cabotage de plus de 75 tonneaux de jauge brute (Etats-Unis), tous les navires de 30 tonneaux de jauge brute ou plus (Nouvelle-Zélande), tous les bâtiments, pourvu qu'ils soient pontés (Norvège), tous les navires de mer (Tchécoslovaquie), toutes les unités à l'exception de celles qui ne sont pas pontées ou de celles effectuant des traversées de moins de trente minutes (Danemark), tous les navires affectés au transport des passagers effectuant des traversées de plus de six milles et tous les cargos de 50 tonneaux de jauge brute ou plus (Grèce) et les navires désignés par l'armateur (Colombie).

Huit pays indiquent que non seulement les navires marchands mais encore certains bateaux de pêche en mer sont tenus d'avoir une pharmacie de bord, soit en vertu de la loi (République fédérale d'Allemagne, Australie, Japon, Nouvelle-Zélande, Norvège et République démocratique allemande), soit aux

termes de la coutume (Ghana et Seychelles). Diverses catégories de bateaux de pêche ont été citées: tous les bateaux, les bateaux naviguant en dehors des eaux territoriales, les bateaux pontés, les bateaux de plus de 20 pieds de long et notamment les bateaux assistant en mer des bateaux de moins de 20 tonneaux de jauge brute.

7. Ce guide est-il:

a) un guide national à l'usage des aides-infirmiers ou d'un personnel paramédical plus qualifié?

b) le Guide médical international de bord, publié par l'Organisation mondiale de la santé, ou encore une traduction ou une adaptation nationale de ce guide?

Quarante-trois pays ont répondu à cette question; 14 autres (Argentine, Autriche, Barbade, Belize, Burundi, Canada, Colombie, Libéria, Malaisie, Pérou, Soudan, Sri Lanka, Thaïlande et Turquie) n'ont fait aucune observation. Dans 13 pays (République fédérale d'Allemagne, Cuba, Danemark, Espagne, Etats-Unis, France, Guyana, Hongrie, Japon, Mexique, Norvège, Royaume-Uni et Suède), seul le guide médical de bord établi dans le pays est utilisé; dans deux pays (Australie et Nouvelle-Zélande), seul le guide établi par un autre pays est utilisé - il s'agit du Ships captain's medical guide, publié au Royaume-Uni; dans deux pays (Finlande et Indonésie), on utilise le guide établi dans le pays et le Guide médical international de bord (GMIB) et, dans trois pays (Belgique, Ghana et Pakistan), on utilise le guide établi par un autre pays et le GMIB; dans 13 pays (Bangladesh, Bulgarie, Egypte, Ethiopie, Inde, Italie, Madagascar, Maroc, Panama, Qatar, Seychelles, Suisse et Tchécoslovaquie), on n'utilise que le GMIB et, dans sept pays (Brésil, Grèce, Pays-Bas, Portugal, République démocratique allemande, Uruguay et Venezuela), on utilise seulement une traduction ou une adaptation du GMIB établie dans le pays; enfin, dans trois pays (Algérie, Philippines et URSS), on n'utilise qu'un ouvrage de référence de médecine générale traitant des maladies et lésions corporelles (en URSS ce guide est destiné à l'usage du personnel ayant une formation médicale qui est embarqué à bord de tous les navires nationaux).

Ainsi, 13 pays ont adopté le GMIB exclusivement, un (Suède) envisage de l'adopter en lieu et place de son guide national et les douze autres pays cités l'utilisent sous une forme ou sous une autre. Cinquante-huit pour cent de tous les pays ayant répondu utilisent aujourd'hui le GMIB, ce qui indique qu'il est assez bien accepté comme un guide d'assistance médicale à bord des navires.

8. Si le guide médical de bord est un guide national:

a) à quand remonte sa dernière édition ou révision et comment est-il mis à jour?

b) se borne-t-il à expliquer comment il convient d'utiliser le contenu de la pharmacie de bord? ou

c) s'agit-il d'un ouvrage plus complet et plus détaillé dans lequel une personne autre qu'un médecin de bord peut trouver des renseignements nécessaires pour fournir à un malade ou à un blessé des soins médicaux dépassant le niveau des soins d'urgence:

i) à l'aide de conseils médicaux supplémentaires donnés par radio?

ii) sans l'aide de conseils médicaux supplémentaires donnés par radio?

Vingt et un pays (République fédérale d'Allemagne, Brésil, Cuba, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Hongrie, Indonésie, Japon, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Philippines, Portugal, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Suède, URSS et Uruguay), utilisant soit leur propre guide médical, soit un guide de caractère général, soit une traduction ou une adaptation du GMIB, ont fourni des renseignements à ce sujet. En réponse à l'alinéa a), neuf pays (Danemark, Etats-Unis, Finlande, France, Hongrie, Japon, République démocratique allemande, Royaume-Uni et Uruguay) ont procédé à une nouvelle édition ou à une révision de leur guide médical depuis 1980. Dans cinq pays (République fédérale d'Allemagne, Espagne, Norvège, Pays-Bas et Philippines), le texte actuellement en usage a été établi entre 1975 et 1979 et dans quatre pays (Brésil, Cuba, Portugal et URSS), entre 1970 et 1974. Dans un pays (Suède), le guide médical, dont l'édition remonte à 1963, est aujourd'hui épuisé.

Douze pays ont expliqué comment leur guide est tenu à jour. Dans trois pays (République fédérale d'Allemagne, Danemark et Japon), des éditions révisées paraissent lorsque les progrès de la médecine ou d'autres événements l'exigent; dans un pays (Uruguay), le guide est révisé tous les deux ans et, dans un autre (Royaume-Uni), tous les quatre ans. Quatre pays (Cuba, Espagne, Pays-Bas et République démocratique allemande), dont la dernière édition n'est pas antérieure au milieu des années soixante-dix, ont indiqué qu'une révision ou, dans le cas de l'un d'entre eux (Pays-Bas), un supplément sont en cours de préparation. Dans deux pays (Pays-Bas et République démocratique allemande), le nouveau texte devrait paraître d'ici à 1985. Les guides en usage dans deux pays (Etats-Unis et France) ont été publiés après 1984 et permettent le remplacement des pages selon les besoins. La Suède, comme indiqué antérieurement, envisage d'abandonner son propre guide au profit du GMIB.

Vingt-deux pays (République fédérale d'Allemagne, Brésil, Cuba, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Guyana, Hongrie, Indonésie, Japon, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Suède, URSS et Uruguay) ayant répondu aux alinéas b) et c) précisent que leur guide contient non seulement des explications sur l'utilisation de la pharmacie de bord mais aussi des conseils à l'usage des personnes responsables de l'assistance médicale à bord qui permettent de fournir à un malade ou à un blessé des soins médicaux dépassant le niveau des soins d'urgence, que ce soit à l'aide ou sans l'aide de conseils médicaux supplémentaires donnés par radio. Un pays (Norvège) indique que ce traitement ne dépasse pas largement le niveau des premiers soins; néanmoins, les guides nationaux, complétés par les conseils médicaux par radio, ont généralement la réputation d'être assez détaillés pour qu'une personne qui, sans être médecin, a reçu une formation médicale dépassant largement le niveau des premiers soins y trouve les renseignements dont elle a besoin.

9. Le guide médical:

a) contient-il des renseignements sur les soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des substances dangereuses? ou

b) est-il un exemplaire du Guide des soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses publié par l'Organisation maritime internationale?

L'exploitation des navires modernes expose plus que par le passé certaines catégories de gens de mer aux risques d'accidents ou de lésions dus à des marchandises dangereuses. La présente question avait donc pour objet d'évaluer la mesure dans laquelle les guides nationaux d'assistance médicale à bord fournissent des renseignements utiles dans ces circonstances et quelles sont les mesures que les pays ont pu prendre dans ce sens.

Sur les 25 pays disposant de leur propre guide, 15 (Algérie, Cuba, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Hongrie, Japon, Norvège, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Suède, URSS et Venezuela) ont indiqué que ce guide contient des instructions de premiers secours en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses, trois (République fédérale d'Allemagne, Brésil et Pays-Bas) ont indiqué que tel n'était pas le cas, et les autres (Grèce, Indonésie, Mexique, Philippines, Portugal et Uruguay) n'ont pas répondu. Plusieurs pays indiquent que ces instructions sont de caractère général ou ont trait au type de marchandises dangereuses transportées habituellement à bord de leurs navires. Deux pays (Royaume-Uni et URSS) disposent d'une documentation spéciale complétant leur guide national, qui contient des directives plus complètes à suivre en cas de nécessité. Pour ce qui est de la présence à bord d'un exemplaire du Guide des soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses (GSMU), trois pays (Danemark, Etats-Unis et Suède), dont le guide national traite des marchandises dangereuses, signalent que leurs navires peuvent ou sont tenus d'avoir également un exemplaire de ce guide. Les navires de trois autres pays (France, Guyana et Venezuela) utilisent également le GSMU, tandis que quatre autres pays (Pays-Bas, République démocratique allemande, Royaume-Uni et Uruguay) ont établi une adaptation du GSMU pour les navires transportant des marchandises dangereuses. Trois pays (République fédérale d'Allemagne, Finlande et Japon) déclarent que leurs navires n'ont pas d'exemplaire du GSMU à leur bord.

Il a été question plus haut de 15 pays qui ne disposent pas de leur propre guide médical mais se servent de celui d'un autre pays, ou du GMIB, ou des deux ouvrages. Onze de ces pays ont indiqué qu'un exemplaire du GSMU se trouve à bord ou qu'il est recommandé qu'il le soit (Ethiopie, Ghana, Italie, Libéria, Maroc, Nouvelle-Zélande, Seychelles, Soudan et Tchécoslovaquie) ou bien que ce guide doit être disponible lorsque le navire transporte des marchandises dangereuses (Belgique et Suisse). Trois pays (Australie, Inde et Madagascar) ont indiqué que le GSMU n'était pas en usage ou n'était pas obligatoire à bord de leurs navires, et les quatre derniers pays n'ont pas répondu.

Conseils médicaux donnés par radio aux navires en mer

10. Dans votre pays, est-il prévu que des stations de radio situées à terre diffusent des conseils médicaux à l'intention des navires en mer? Dans l'affirmative:

a) ces conseils sont-ils fournis à toute heure du jour et de la nuit?

b) comprennent-ils des conseils de médecins spécialistes?

c) sont-ils fournis gratuitement à tous les navires, qu'ils battent pavillon national ou étranger?

La recommandation (no 106) de l'OIT concernant les consultations médicales par radio aux navires en mer, 1958, dispose que les Etats Membres devraient prendre toutes dispositions pour garantir au moyen d'arrangements préalables que le service des consultations médicales par radio aux navires en mer soit assuré gratuitement à toute heure du jour et de la nuit et que les consultations médicales comportent, en cas de besoin et lorsque cela est possible, des conseils de spécialistes.

Trente-six des 57 pays sur les réponses desquels le présent rapport se fonde ont indiqué qu'ils disposent de stations radio côtières - dans l'un (Qatar), une station de radio téléphone - assurant un service de consultations médicales, y compris de consultation de spécialistes à tout navire en mer, à toute heure du jour et de la nuit, quel que soit le pavillon du navire. Un autre pays (Burundi) signale que le service radio est limité à des conseils au niveau du personnel infirmier qualifié. Dans 26 cas, le service est gratuit pour tous les navires. Un pays (Hongrie) indique que les navires étrangers ne lui demandent jamais de consultation par radio, un autre (Norvège) indique que la prestation n'est gratuite que pour ses propres navires ou pour les navires étrangers dont l'équipage est norvégien, et deux autres (Burundi et Inde) que ce service n'est pas gratuit. Cinq pays (Etats-Unis, France, Libéria, Mexique et Panama) ne donnent pas de précisions sur l'imputation des coûts de la prestation, et quatre autres (Argentine, Bangladesh, Philippines et Portugal) indiquent qu'ils assurent un service de consultations médicales par radio sans donner de détails quant aux heures ni quant au coût. Sur les 18 pays restants, 11 (Algérie, Autriche, Colombie, Egypte, Ghana, Madagascar, Maroc, Pérou, Soudan, Thaïlande et Venezuela) ont déclaré ne pas avoir de station radio côtière assurant un service de consultations médicales aux navires - encore que l'un d'entre eux (Pérou) envisage de le faire -, et sept (Barbade, Belize, Brésil, Espagne, Malaisie, Tchécoslovaquie et Turquie) n'ont pas répondu à la question.

Plusieurs pays ont donné des détails assez intéressants sur les dispositions prises à l'échelon national pour assurer les consultations médicales par radio. Dans un pays (France), ce service est assuré par un centre spécial institué par décret interministériel. Ce centre est installé dans l'hôpital d'un grand port; il est en liaison directe avec une station radio côtière capable de capter des appels du monde entier. Les médecins de l'hôpital peuvent converser directement avec les navires en mer.

Dans un autre pays (Italie), un centre analogue, mais non logé dans un hôpital, exploite une station radio téléphonique qui est constamment à l'écoute des fréquences du service mobile maritime, ou des autres fréquences lorsqu'il est prié de le faire. Des médecins de garde, au centre, communiquent directement ou par l'intermédiaire d'autres stations radio nationales avec les navires du monde entier, dans trois langues. Au besoin, ils consultent d'autres médecins ou spécialistes, eux-mêmes toujours à

disposition. Le centre peut également agir en qualité d'intermédiaire pour faire évacuer des gens de mer gravement malades ou blessés sur un autre navire ayant un médecin à bord ou même par la voie des airs.

Toutes les stations côtières d'un autre pays (Danemark) assurent un service de consultations médicales par radio à toute heure du jour et de la nuit avec le concours de médecins et de spécialistes de certains hôpitaux. Les conseils sont transmis par radiotéléphonie, télégraphie en morse ou télex, sur toutes les bandes de fréquences maritimes. L'évacuation par hélicoptère peut également être assurée dans certains secteurs maritimes. Des dispositions du même genre ont été signalées dans d'autres pays (Bulgarie, Etats-Unis, Espagne, Finlande, Norvège, Pays-Bas et URSS). Un pays (Etats-Unis) dispose de services commerciaux de consultations médicales qui fournissent leur assistance aux unités des compagnies maritimes ayant contracté avec eux.

11. Veuillez indiquer quels navires immatriculés dans votre pays et pourvus d'installations de radio doivent posséder une liste des stations de radio terrestres auprès desquelles il est possible d'obtenir des conseils médicaux pendant que le navire est en mer. Veuillez aussi préciser:

a) dans quelle mesure ces listes sont complètes,

b) comment elles sont tenues à jour et

c) qui en a la garde à bord du navire.

Cette question se rapporte aussi à une autre disposition de la recommandation no 106, selon laquelle il doit y avoir, à bord des navires pourvus d'installations de radio, une liste complète et à jour des stations de radio par l'intermédiaire desquelles des consultations médicales peuvent être obtenues, liste qui doit être sous la garde du radiotélégraphiste.

Quarante-cinq pays ont répondu à cette question, 12 autres (Barbade, Belize, Burundi, Espagne, Guyana, Malaisie, Maroc, Pérou, Philippines, Qatar, Thaïlande et Turquie) ayant déclaré que cette question ne les concernait pas ou n'ayant pas fait de commentaires. Exception faite de trois pays (Autriche, Brésil et Madagascar) qui ont déclaré ne pas avoir de dispositions ou de pratiques de ce genre et de deux pays (Italie et Mexique) qui n'ont pas fourni de détails complets, tous les pays ont indiqué que leurs navires sont tenus, soit par la réglementation (Japon, Libéria, Portugal et Uruguay), soit par la coutume, de détenir une liste des stations radio. Vingt et un pays (Algérie, Argentine, Belgique, Bulgarie, Cuba, Egypte, Ethiopie, France, Hongrie, Pays-Bas, Portugal, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Sri Lanka, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, URSS, Uruguay et Venezuela) ont indiqué sans autre précision que tous les navires ou tous ceux qui sont immatriculés dans le pays disposent de listes et huit pays (Danemark, Grèce, Inde, Indonésie, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande et Panama) ont précisé que ces listes figurent à bord de tous les navires disposant d'installations de radio. Cinq pays (Bangladesh, Colombie, Finlande, Pakistan et Soudan) indiquent que sont visés par cette obligation les navires affectés au trafic international; un pays (Australie), les navires visés par le "Navigation Act"; un pays (Canada), tous les navires qui font l'objet d'inspections; un pays (Ghana), les unités affectées au transport des marchandises; un pays (République fédérale d'Allemagne), tous les navires de 300 tonneaux de jauge brute ou plus; et un dernier pays (Etats-Unis) n'a pas précisé quels navires.

S'agissant des listes des stations radio elles-mêmes, 13 pays ont donné des détails. Huit (Australie, Etats-Unis, Grèce, Indonésie, Libéria, Portugal,

Royaume-Uni et Suède) se servent de la publication de l'Union internationale de télécommunications intitulée Nomenclature des stations de radiorepérage et des stations effectuant des services spéciaux (vol. II) qui comporte une partie traitant de l'assistance médicale, trois pays (Bangladesh, Pays-Bas et Tchécoslovaquie) se servent de l'Admiralty list of radio signals du Royaume-Uni, et un pays (Belgique) se sert des deux. Un autre pays (Colombie) a indiqué que ses unités se servent d'une liste de stations radio publiée par le Corps des gardes-côtes des Etats-Unis.

Les renseignements relatifs au caractère exhaustif des listes des stations radio sont vagues et 18 pays seulement ont répondu à cette question. Treize pays (Algérie, République fédérale d'Allemagne, Canada, Cuba, Danemark, Egypte, Hongrie, Inde, Japon, Nouvelle-Zélande, Sri Lanka, Tchécoslovaquie et URSS) ont simplement déclaré que leurs listes étaient étendues ou complètes, alors que cinq autres ont expliqué que leurs listes indiquent les stations énumérées par l'UIT (Libéria), par le Corps des gardes-côtes des Etats-Unis (Colombie), toutes les stations côtières que l'on peut atteindre (République démocratique allemande), la plupart des stations côtières du monde (Suède) et les stations nationales (France).

Vingt-six pays ont expliqué comment leurs listes de stations radio sont tenues à jour. Dans sept pays (Belgique, Inde, Libéria, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Suisse et Tchécoslovaquie), des correctifs établis sur la base des informations reçues sont publiés dans les Notices to mariners publiées au Royaume-Uni; dans cinq pays (Australie, Etats-Unis, Indonésie, Royaume-Uni et Suède), les mises à jour sont effectuées à partir des notes modificatrices contenues dans un supplément trimestriel de la liste de l'UIT; dans six pays, les listes sont mises à jour sous la forme de nouvelles publications et de correctifs fournis par l'administration; dans un pays (Canada), la liste est rééditée chaque année et mise à jour par notes hebdomadaires; dans un autre (République fédérale d'Allemagne), elle est corrigée mensuellement et dans un troisième (Japon), des modifications sont apportées tous les dix-huit mois. Dans les trois autres pays, des modifications sont apportées périodiquement sur la base des renseignements communiqués par le Corps des gardes-côtes des Etats-Unis (Colombie), le ministère des Postes et Télécommunications (République démocratique allemande) et le ministère de la Marine marchande (URSS). Enfin, huit pays (Algérie, Cuba, Danemark, Egypte, France, Norvège, Seychelles et Sri Lanka) ont indiqué que leurs listes sont mises à jour régulièrement, sans donner d'autres explications.

Comme on l'a déjà observé, la recommandation no 106 dispose que la liste des stations de radio doit être "sous la garde de l'officier radiotélégraphiste ou, dans le cas des navires de faible tonnage, de la personne responsable de la radio". Sur les 28 pays ayant formulé des commentaires à ce sujet, 21 (Algérie, Australie, Bangladesh, Belgique, Bulgarie, Colombie, Cuba, Danemark, France, Inde, Italie, Japon, Libéria, Norvège, Pakistan, Panama, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Suède, Tchécoslovaquie et Venezuela) ont déclaré que c'est l'officier radiotélégraphiste du navire qui garde la liste, et sept autres (République fédérale d'Allemagne, Canada, Egypte, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Suisse et Uruguay), que cette responsabilité revient au capitaine ou à l'officier radiotélégraphiste. Dans deux pays (Indonésie et Soudan), le capitaine a la garde de la liste et, dans trois autres (Mexique, Seychelles et URSS), le capitaine et l'officier en second en ont la garde.

12. Comment s'assure-t-on que les personnes qui seront appelées à demander des conseils médicaux par radio, à bord des navires de votre pays, comprennent bien le type de renseignements demandés par le médecin qui donne ces conseils:

a) utilise-t-on des guides médicaux, notamment la section médicale du Code international des signaux, publié par l'Organisation maritime internationale, ou

b) assure-t-on à cette fin la formation du personnel maritime?

La recommandation no 106 dispose que le personnel navigant doit être formé et que des guides médicaux appropriés sont indispensables pour qu'une personne se trouvant à bord d'un navire et qui demanderait un avis médical par radio comprenne quels renseignements sont nécessaires au médecin ainsi consulté. Cette question a pour objet de déterminer quelles sont les mesures qui ont été prises dans ce sens par tous les pays.

Dix pays (Barbade, Belize, Espagne, Malaisie, Maroc, Panama, Philippines, Qatar, Thaïlande et Turquie) n'ont pas répondu, un (Brésil) a déclaré que ses navires ne demandent pas de consultations médicales par radio et un autre (Burundi) a indiqué que le personnel de bord n'était pas formé pour ces consultations. Sur les 45 pays ayant communiqué leurs observations, la législation de l'un d'eux (Libéria) exige que le capitaine soit capable d'utiliser les conseils médicaux transmis par radio, et 16 (Autriche, Bangladesh, Belgique, Colombie, Cuba, Egypte, Ghana, Guyana, Hongrie, Italie, Japon, Mexique, Pays-Bas, Pérou, Soudan et Sri Lanka) ont indiqué que les personnes responsables de l'assistance médicale à bord qui ne sont pas médecins doivent compter sur leur formation de gens de mer pour comprendre les renseignements demandés et fournis par le médecin consulté. Dix pays (Algérie, Australie, Bulgarie, Ethiopie, Grèce, Madagascar, Portugal, URSS, Uruguay et Venezuela) ont mentionné la formation professionnelle et l'utilisation de la partie médicale du Code international des signaux. Treize pays (Argentine, Canada, Danemark, Finlande, France, Indonésie, Nouvelle-Zélande, Pakistan, République démocratique allemande, Seychelles, Suède, Suisse et Tchécoslovaquie) ont cité la formation du personnel et l'utilisation, en général, du guide médical de bord ainsi que, dans certains cas, du Code international des signaux, comme base de communication efficace avec les médecins à terre.

Outre l'instruction donnée couramment aux gens de mer pour l'utilisation de la radio à des fins de consultations médicales, quatre pays ont pris d'autres mesures pour garantir la transmission adéquate des informations entre les navires en mer et les médecins à terre. Deux de ces pays (Etats-Unis et Royaume-Uni) fournissent dans leurs guides médicaux nationaux des directives précises sur la procédure à suivre pour demander un avis médical. Sur les navires d'un autre pays (République fédérale d'Allemagne), il existe des formulaires spéciaux destinés à garantir que des informations correctes sont données par radio; les questions contenues dans ce formulaire, auxquelles doit répondre un officier ayant reçu une formation médicale, facilitent le diagnostic et le traitement du médecin consulté ainsi que la prescription des médicaments énumérés dans le guide médical de bord. Le quatrième pays (Bulgarie) fournit aux gens de mer des indications spéciales sur la rédaction des messages radio de demande de consultations médicales; ces instructions concernent les renseignements élémentaires sur l'état du patient et la forme de transmission du message au médecin consulté. Enfin, trois pays ont indiqué qu'ils utilisent un langage simple pour la transmission des messages entre les navires et les médecins. L'un d'eux (Inde) préconise l'utilisation de l'anglais et, au besoin, du Code international des signaux. Un autre (Pays-Bas) indique que l'avis du médecin consulté à terre est formulé en des termes aisément accessibles au profane. Le troisième (Norvège) estime que les

codes télégraphiques se prêtent mal à la transmission des messages médicaux parce qu'ils ne permettent en général de transmettre que des données approximatives et donnent lieu à des quiproquos résultant d'erreurs techniques et de transmission que le destinataire du message ou le médecin consulté risquent de ne pas déceler. C'est la raison pour laquelle les navires et les médecins utilisent le langage clair, et la compréhension de l'avis dépend en partie de l'expérience du personnel de bord.

Soins médicaux et soins infirmiers à bord des navires

13. Dans quel cas les navires marchands immatriculés dans votre pays disposent-ils d'un médecin de bord?

Comme indiqué au premier chapitre, certains navires (en général ceux qui sont affectés au transport des passagers) ont un médecin dans leur équipage.

Sur 57 pays, cinq (Belize, Malaisie, Maroc, Mexique et Turquie) n'ont pas donné de réponse; neuf (Burundi, Ethiopie, Guyana, Qatar, Seychelles, Soudan, Sri Lanka, Suisse et Thaïlande) ont indiqué que les équipages de leurs navires ne comptent jamais de médecin; dans un cas (Suisse), parce que leur flotte nationale ne se compose que de navires affectés au transport des marchandises; un pays (Suède) a souligné qu'aucun règlement ni aucune convention ne précise les conditions dans lesquelles la présence d'un médecin à bord est prescrite, et un autre (Canada) précise qu'un médecin est à bord lorsque le nombre de personnes embarquées le justifie, question qui est du seul ressort de l'armateur; un troisième pays (Colombie) a indiqué que trois médecins itinérants visitent périodiquement les unités de la flotte nationale à raison d'une visite tous les six mois pour chaque navire.

Les autres pays ont indiqué que la présence d'un médecin au sein de l'équipage dépend essentiellement du type et de la taille du navire, de la zone de navigation et du nombre de personnes à bord. Dans 15 pays (République fédérale d'Allemagne, Argentine, Barbade, Brésil, France, Ghana, Inde, Indonésie, Nouvelle-Zélande, Pérou, Portugal, République démocratique allemande, Royaume-Uni, URSS et Uruguay), il existe des dispositions obligatoires concernant la présence d'un médecin à bord de certains navires; six pays (Bangladesh, Belgique, Danemark, Hongrie, Italie et Pays-Bas) prévoient la présence d'un médecin sur certains navires, et 14 (Argentine, Australie, Barbade, Belgique, Cuba, Danemark, France, Ghana, Inde, Indonésie, Japon, Madagascar, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) indiquent qu'un médecin doit être à bord lorsque l'effectif des passagers et de l'équipage atteint le nombre de 100. Sept pays (Algérie, Egypte, Espagne, Finlande, Libéria, Panama et Uruguay) ont simplement fait observer qu'une partie ou que la totalité des navires affectés au transport des passagers ont un médecin à bord.

Les navires comptant un médecin à bord ont été classés comme suit: tous paquebots et navires au long cours (Egypte), paquebots et cargos transportant des passagers (Pakistan), paquebots et cargos transportant plus de 12 passagers (Bangladesh, Brésil, Italie et Venezuela), paquebots naviguant au long cours et navires dont l'effectif embarqué atteint un certain chiffre (Etats-Unis, Norvège, Pays-Bas et Portugal), paquebots de 800 tonneaux de jauge brute ou plus (Philippines), paquebots effectuant une traversée de plus de quatre jours (Grèce), navires de mer comptant plus de 50 personnes à bord (Hongrie et République démocratique allemande), comptant plus de 75 personnes à bord (République fédérale d'Allemagne), comptant plus de 80 personnes à bord (Autriche), navires de mer naviguant au long cours (Bulgarie, Pérou, Tchécoslovaquie et URSS).

Quelques-uns des 14 pays prescrivant la présence d'un médecin à partir de 100 personnes à bord ont évoqué d'autres critères: navires de mer ou bateaux naviguant sur les canaux intérieurs transportant respectivement plus de 100 et plus de 150 personnes (Argentine), navires effectuant un voyage, international ou non, où la distance entre deux ports consécutifs est supérieure à 650 milles nautiques (Australie), navires naviguant à plus de 300 milles nautiques d'un port national (Belgique), navires naviguant en dehors des eaux régionales ou des eaux continentales (Danemark, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) et navires se rendant à l'étranger (Ghana et Inde). Dans deux autres de ces pays (France et Madagascar), un médecin et un infirmier doivent être à bord des navires prenant généralement la mer pour plus de quarante-huit heures ou pour des traversées successives dépassant au total sept jours. Dans deux autres, un médecin doit être à bord des navires naviguant au moins 240 heures consécutives ou des navires comptant plus de 500 personnes à bord et prenant la mer pour au moins 120 heures consécutives (Indonésie) et à bord des navires de 3.000 tonneaux de jauge brute ou plus naviguant en haute mer ou dans les eaux côtières (Japon). Un pays (République fédérale d'Allemagne) prescrit la présence d'un deuxième médecin sur les navires comptant plus de 800 personnes à bord ou sur les navires comptant plus de 600 personnes qui prennent la mer pour plus de quatorze jours.

Dans six pays, des règles prescrivent la présence d'un autre personnel médical qualifié à bord des navires marchands. Deux pays (France et Madagascar) ont été cités plus haut à ce sujet. Dans un autre (Belgique), les navires de mer comptant plus de 300 personnes à bord doivent avoir un infirmier en plus du médecin. Un quatrième pays (Danemark) prescrit la présence d'un garde-malade ou d'un infirmier sur les navires comptant plus de 500 personnes à bord, un cinquième pays (Libéria) exige la présence d'un personnel infirmier suffisant en plus d'un médecin selon le nombre de passagers et les effectifs de l'équipage et un sixième pays (Portugal) prévoit dans sa législation la présence d'un infirmier ou d'une infirmière qualifié(e) à bord des navires transportant plus de 500 passagers.

Enfin, pour ce qui est des bateaux de pêche, un pays (Japon) a indiqué que sa législation prévoit la présence d'un médecin à bord de tout navire-usine. Un autre (République démocratique allemande) indique que ces unités comptent un médecin et un infirmier et que les bateaux de pêche qui partent pour de longues campagnes comptent aussi parfois un dentiste dans leur équipage. Un troisième pays (République fédérale d'Allemagne) indique que les bateaux de pêche peuvent solliciter l'assistance des navires d'assistance à la pêche, qui ont à leur bord un médecin et d'autres personnels médicaux.

14. Veuillez préciser si, à bord des navires marchands immatriculés dans votre pays et sur lesquels il n'existe pas de médecins de bord, des personnes sont spécialement chargées de soigner les blessés ou les malades. Veuillez indiquer quelles sont ces personnes et préciser si elles ont d'autres attributions que ces soins.

Cette question était destinée à évaluer la pratique habituelle dans l'ensemble de la flotte marchande mondiale lorsqu'il n'existe pas de médecin à bord.

Cinq pays (Belize, Indonésie, Malaisie, Philippines et Turquie) n'ont pas répondu. Deux pays (Barbade et Thaïlande) ont indiqué qu'il n'y a pas à bord de personne spécialement chargée de soigner les blessés ou les malades et un autre pays (Espagne) a relevé que tous les gens de mer à bord des navires nationaux reçoivent une instruction pour les premiers secours au cours de leur formation professionnelle qui conditionne la délivrance du brevet d'officier. Les 49 autres pays ont confirmé qu'en l'absence de médecin c'est en général le

capitaine ou, plus souvent encore, un officier de navigation qui est chargé de soigner les blessés ou les malades. Alors que, dans trois pays (Canada, France et Guyana), c'est le capitaine seulement qui exerce cette fonction, dans 15 autres pays, il a la possibilité de partager cette fonction avec une ou plusieurs personnes. Ainsi, dans deux de ces pays (Etats-Unis et Nouvelle-Zélande), les soins médicaux relèvent soit du capitaine, soit de l'officier de navigation; dans trois pays (Autriche, Norvège et Seychelles), ils relèvent du capitaine, d'un autre officier ou d'une autre personne; dans huit pays (Bangladesh, Burundi, Danemark, Egypte, Ethiopie, Libéria, Soudan et Sri Lanka), ils relèvent à la fois du capitaine et de l'officier de navigation, et, dans un pays (Royaume-Uni), du capitaine, d'un officier de navigation, d'un commissaire ou d'un steward principal selon la taille du navire et la compagnie à laquelle il appartient. Dans un pays (Maroc), le capitaine partage avec le chef mécanicien la responsabilité des soins médicaux.

Vingt pays ont déclaré que les soins médicaux étaient assurés par un officier de navigation. Dans cinq pays (Belgique, Bulgarie, Finlande, Grèce et Mexique), il s'agit de l'officier principal ou de l'officier en second; dans huit pays (Ghana, Hongrie, Inde, Madagascar, Pakistan, Qatar, Suède et Venezuela), l'officier en second; dans deux pays (Tchécoslovaquie et Uruguay), le troisième officier; dans un pays (Panama), soit l'officier en second, soit le troisième officier; et dans quatre pays (Algérie, Australie, République démocratique allemande et Suisse), un officier de navigation. Trois autres pays (République fédérale d'Allemagne, Italie et Pays-Bas) ont été moins précis et ont indiqué seulement que l'assistance médicale était du ressort d'un officier du navire ayant reçu une formation pour les premiers soins. Dans un pays (Japon), les dispositions sont quelque peu différentes: les armateurs désignent parmi l'équipage de tout navire marchand des préposés ayant reçu une formation sanctionnée par des qualifications. Leur tâche comprend l'assistance aux malades et aux blessés.

Alors que pour les équipages mentionnés ci-dessus, l'assistance médicale est une tâche supplémentaire, dans sept pays (Argentine, Brésil, Colombie, Cuba, Pérou, Portugal et URSS), les navires n'ayant pas de médecin à bord transportent des aides-médicaux, des infirmiers spécialement formés, dont la seule fonction est de porter assistance aux malades et aux blessés et, parfois, de s'acquitter de tâches connexes ayant trait à la santé. Dans trois pays, la législation prescrit la présence de ce genre de personnel à bord lorsque les navires transportent plus de 30 personnes (Argentine), lorsqu'ils effectuent des traversées internationales (Pérou) et lorsqu'ils effectuent des traversées de plus de trente-six heures (Portugal). Quatre autres pays (France, Italie, Japon et Mexique) prévoient aussi, dans leur législation, que des membres de l'équipage sont responsables des soins médicaux ou doivent avoir reçu une formation pour les premiers soins.

15. Veuillez indiquer le niveau de soins que les personnes chargées de s'occuper des malades et des blessés à bord sont capables de leur fournir:

a) premiers secours en cas d'accident ou d'urgence médicale;

b) poursuite du traitement dans les cas d'accident ou de maladie courante à bord des navires;

c) traitement et soins médicaux poussés.

En cas d'accident ou de maladie, il est possible, dans la plupart des cas, de recevoir les soins nécessaires, immédiatement ou dans un bref délai, dans un établissement médical ou auprès d'un médecin qualifié. Les marins ont toujours constitué un cas à part, car peu de navires - il s'agit d'ordinaire

uniquement de certains navires de transport de passagers - ont un médecin à bord ou peuvent rapidement atteindre un port ou un autre navire disposant d'un médecin. Comme ce sont les effectifs des navires de charge plutôt que ceux des navires de transport de passagers qui ont peut-être augmenté ces dernières années, la situation des marins, en dépit de la technologie et des connaissances médicales modernes, demeure encore relativement désavantagée.

Tous les pays, sauf six (Barbade, Belize, Espagne, Malaisie, Panama et Turquie), ont donné des informations sur le niveau des soins médicaux assurés. Un pays (Thaïlande) a indiqué qu'aucun des trois niveaux de soins mentionnés dans la question n'est assuré à bord de ces navires, 50 autres ont indiqué le niveau correspondant à leurs cas avec ou sans commentaire supplémentaire. Vingt-huit pays (République fédérale d'Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Burundi, Canada, Colombie, Danemark, Ghana, Guyana, Hongrie, Inde, Indonésie, Libéria, Maroc, Mexique, Norvège, Pérou, Philippines, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Soudan, Suède, Tchécoslovaquie et Venezuela) ont déclaré que leurs navires sont à même d'assurer: a) des premiers secours en cas d'accident ou d'urgence médicale et b) la poursuite du traitement dans les cas d'accident ou de maladie courante à bord des navires. Quatre de ces pays (République fédérale d'Allemagne, Canada, Danemark et Norvège) ont expliqué, en outre, que les soins du niveau b) peuvent être assurés à bord de leurs navires, lorsque, le cas échéant, des conseils médicaux leur sont fournis par radio. Quelques autres pays ont fait observer que la "poursuite du traitement" s'entendait uniquement du traitement quotidien ou du traitement des maladies bénignes et des maladies courantes qui figurent sur la liste du Guide médical du navire, jusqu'à ce que le patient puisse être confié à un médecin.

Quatorze pays (Cuba, Etats-Unis, Ethiopie, Finlande, France, Grèce, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Pays-Bas, Suisse, Uruguay et URSS) ont indiqué que les personnes responsables à bord de leurs navires peuvent assurer un traitement et des soins médicaux plus poussés, mais ils ont tous expliqué, à l'exception de quatre d'entre eux (Cuba, Ethiopie, Japon et Nouvelle-Zélande), que cela n'est possible qu'à la condition que des conseils médicaux leur soient donnés par radio, que l'auxiliaire médical de bord ait la formation voulue, qu'il s'agisse d'un navire de transport de passagers ou d'un navire ayant un médecin à bord, et que l'état du patient ne soit pas trop grave.

Huit pays (Algérie, Argentine, Bangladesh, Egypte, Madagascar, Portugal, Qatar et Sri Lanka) ne peuvent, semble-t-il, assurer à bord de leurs navires que les premiers secours aux malades et aux blessés. Toutefois, dans un pays (Portugal), des mesures, qui sont actuellement à un stade avancé, sont prévues en vue d'assurer une instruction médicale plus complète aux officiers qui sont chargés, à bord des navires, d'assurer les premiers secours et la poursuite du traitement médical.

Premiers secours et formation médicale du personnel

16. Veuillez indiquer si les membres de l'équipage d'un navire chargé de donner des soins aux malades ou aux blessés à bord de navires marchands immatriculés dans votre pays reçoivent une formation en vue d'assurer:

    a) les soins d'urgence et les premiers secours en cas d'accident ou d'urgence médicale à bord du navire, ou

    b) la surveillance médicale et les soins infirmiers ultérieurs pendant la période où les malades ou les blessés restent à bord.

Comme il est mentionné dans l'introduction, la question des premiers secours et de la formation médicale des gens de mer a été largement étudiée au fil des ans et divers organismes ont formulé des recommandations sous diverses formes. Cette question doit permettre d'évaluer la mesure dans laquelle ces recommandations sont appliquées.

Tous les pays sauf cinq (Barbade, Belize, Malaisie, Panama et Turquie), ont fourni des informations, mais trois autre pays (Burundi, Guyana et Thaïlande) ont répondu qu'aucune des formations mentionnées n'est assurée. Sur les 49 pays restants, 30 (République fédérale d'Allemagne, Australie, Autriche, Bangladesh, Belgique, Cuba, Egypte, Ethiopie, Finlande, France, Ghana, Hongrie, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Libéria, Madagascar, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, République démocratique allemande, Seychelles, Soudan, Suisse, Tchécoslovaquie, URSS, Uruguay et Venezuela) ont fait savoir que les membres d'équipage chargés de donner des soins aux malades ou aux blessés reçoivent une formation en vue d'assurer les premiers secours et la surveillance médicale ainsi que les soins infirmiers ultérieurs qui ne dépassent pas la compétence d'un profane. Alors que 15 de ces pays n'ont pas donné d'explication à ce sujet, si ce n'est pour indiquer que cette instruction fait partie des conditions à remplir pour l'obtention du brevet d'officier ou de la formation des marins aux premiers secours, cinq pays (Finlande, France, Inde, Norvège et Uruguay) ont indiqué que l'instruction en matière de soins médicaux et de soins infirmiers se limite à un certain degré de maladie, qu'elle implique l'utilisation d'un guide médical de bord et de fourniture de conseils par radio et porte uniquement sur les soins infirmiers assurés aux patients en attendant qu'ils soient ramenés à terre pour y recevoir un traitement plus poussé.

L'un des 30 pays susmentionnés (Australie) et cinq autres pays (Bulgarie, Danemark, Etats-Unis, Pays-Bas et Royaume-Uni), qui assurent aux officiers une formation plus poussée que celle qui leur permet de dispenser les premiers secours et les soins médicaux, organisent des stages spéciaux à l'intention des capitaines et/ou des officiers supérieurs de navigation, futurs ou en service. Deux de ces pays (Australie et Royaume-Uni) ont institué un stage obligatoire pour les capitaines de navire. Dans un autre pays (Danemark), la formation comprend une formation permettant d'assurer les premiers secours et les soins médicaux nécessités par la survenue d'accidents dus à l'utilisation de substances dangereuses, mais, dans un quatrième pays (Pays-Bas), les officiers supérieurs de navigation sont encouragés à effectuer de courts stages dans des hôpitaux, de temps en temps, pour acquérir de l'expérience et des connaissances. Dans un cinquième pays (Etats-Unis), de nombreux officiers de bord, qui doivent tous avoir suivi une formation destinée à assurer les premiers secours pour obtenir leurs brevets d'officier, suivent, à titre facultatif, une formation complète en soins médicaux d'urgence, qui est organisée sous l'égide de l'industrie maritime et, dans un sixième pays (Bulgarie), une formation spéciale donnée aux capitaines et aux officiers supérieurs de navigation comprend des stages périodiques de recyclage.

Quatre pays (Argentine, Colombie, Pérou et Portugal) assurent un autre niveau de formation; certains de leurs navires, autres que les navires de transport de passagers, ont à leur bord des auxiliaires médicaux ou des infirmiers qui ont des qualifications reconnues en soins médicaux et infirmiers et assurent uniquement ce travail à bord.

Dans les dix pays restants (Algérie, Brésil, Canada, Espagne, Grèce, Maroc, Philippines, Qatar, Sri Lanka et Suède), les marins chargés d'assurer les soins médicaux reçoivent uniquement une formation aux premiers secours, en général dans le cadre de la formation qui leur est donnée dans les écoles d'officier de marine. Dans quelques pays (Australie, Bulgarie, Danemark, Espagne, Etats-Unis, Mexique et République démocratique allemande), les

matelots, même s'ils ne sont pas chargés d'assurer les soins médicaux à bord, reçoivent systématiquement, dans le cadre de leur formation professionnelle, une instruction destinée à leur permettre d'assurer les premiers secours.

Enfin, quatre pays (Australie, Bulgarie, Espagne et République démocratique allemande) ont indiqué que la formation aux premiers secours et aux soins médicaux est assurée dans le cas de certaines catégories de personnel de l'industrie de la pêche - par exemple, aux assistants des médecins sur les navires-usines de pêche et aux officiers de carrière sur les navires de pêche.

17. Veuillez indiquer si l'équipage des navires de votre pays comprend des personnes spécialement qualifiées pour dispenser des soins médicaux plus poussés que les premiers secours ou que ceux qui sont donnés par un aide-infirmier.

Quarante-quatre pays sur les 53 qui ont répondu ont indiqué que leurs navires marchands n'ont pas à leur bord d'infirmier qualifié, d'assistant de médecin, d'auxiliaire médical ni de personne spécialement formée pour dispenser des soins médicaux plus poussés que ceux qui sont normalement donnés par les officiers de bord qui ont recours aux guides médicaux et aux conseils médicaux donnés par radio. Seuls les navires ayant un médecin à bord - il s'agit presque exclusivement de certains navires de transport de passagers (voir question 13 ci-dessus) - peuvent assurer des soins médicaux plus poussés.

Quatre pays (Belize, Malaisie, Qatar et Turquie) n'ont pas répondu. Sur les neuf pays restants, un (Cuba) a simplement répondu par l'affirmative, un (Nouvelle-Zélande) a déclaré que l'équipage de ses navires comprenait des officiers en possession d'un diplôme médical spécial et un (URSS) a précisé que la plupart de ses navires de mer ont à leur bord des médecins ayant reçu une formation spéciale en médecine maritime. Dans quatre autres pays (Algérie, Argentine, Pérou et Portugal), certains navires qui effectuent de longs parcours, et qui ont plus de 30 personnes à bord ou qui sont spécifiquement désignés par les autorités compétentes, comportent, parmi leurs membres d'équipage, des infirmiers ou des aides-infirmiers, n'ayant aucune autre fonction à bord, qui peuvent assurer des soins médicaux plus poussés que ceux qui sont normalement donnés par un officier de bord. Un autre pays (Etats-Unis) a expliqué que certains navires peuvent disposer d'un officier - d'ordinaire un officier de navigation ou commissaire de bord - qui a reçu une formation complète pour pouvoir dispenser des soins médicaux d'urgence, cette formation étant organisée sous les auspices de l'industrie maritime ou dispensée par elle; elle porte sur les techniques qui sont actuellement appliquées pour lutter efficacement contre les blessures et les maladies débilitantes; les officiers de bord sont, en tout cas, tenus d'être qualifiés en réanimation cardio-pulmonaire. Enfin, dans un pays (France), l'information médicale des capitaines de navire fait actuellement l'objet d'une réforme; cette formation qui s'étend sur une période de quatre ans, dans le cadre de la formation professionnelle générale de ces officiers, donne à ces derniers les qualifications nécessaires pour assurer les traitements d'urgence et la surveillance médicale des malades ou des blessés jusqu'au stade du diagnostic, avec l'aide d'un médecin consultant, et pour appliquer certains soins.

18. Veuillez indiquer, de façon détaillée, comment sont organisés et assurés les cours de formation destinés aux aides-infirmiers qui se trouvent à bord des navires ou au personnel paramédical plus qualifié. Veuillez notamment fournir dans votre réponse des précisions sur les points suivants:

a) contenu et durée des cours de formation;

b) la formation comprend-elle des stages pratiques en milieu hospitalier?

c) prévoit-on des cours de recyclage ou des cours périodiques pendant toute la vie active des gens de mer?

Comme il a été indiqué précédemment, le Comité mixte OIT/OMS sur la santé des gens de mer a recommandé, en 1981, que les deux organisations élaborent trois programmes de formation médicale à l'intention des gens de mer. Ce travail est actuellement en cours. L'objectif de cette question est de permettre d'évaluer la situation générale de ce type de formation dans le monde.

Quarante pays ont fourni des informations, et dix autres (Autriche, Barbade, Burundi, Ethiopie, Guyana, Seychelles, Soudan, Sri Lanka, Thaïlande et Venezuela) ont indiqué qu'ils n'ont pas d'activités de formation et six pays (Belize, Colombie, Indonésie, Malaisie, Panama et Suisse) n'ont pas répondu; un pays (Libéria) a indiqué que, bien que non obligatoire, la formation aux premiers secours était encouragée.

Près des deux tiers des pays qui ont répondu à la question ont simplement indiqué le titre du stage de formation ou en ont donné une très brève description, en indiquant, souvent, la durée de la formation et d'autres détails. Quinze pays (République fédérale d'Allemagne, Australie, Belgique, Bulgarie, Cuba, Danemark, Espagne, Etats-Unis, France, Japon, Maroc, Norvège, Nouvelle-Zélande, République démocratique allemande et Royaume-Uni) ont envoyé des réponses plus détaillées et, dans certains cas, ont fourni des copies de la description du stage et du programme d'étude. On trouvera plus loin un résumé de ces informations.

Parmi les pays qui ont envoyé une brève description des stages, dix (Canada, Egypte, Ghana, Grèce, Hongrie, Mexique, Pays-Bas, Philippines, Qatar et Tchécoslovaquie) ont simplement fait observer que les cours de formation aux premiers secours ou aux soins médicaux sont suivis par des officiers en poste ou des élèves officiers pour pouvoir obtenir une promotion ou dans le cadre de la formation professionnelle assurée par les établissements d'enseignement naval ou des autres programmes de formation des officiers débouchant sur l'octroi d'un diplôme de compétence. Dans l'un de ces pays (Mexique) et dans deux autres (Bangladesh et Portugal), les matelots reçoivent également une formation de base aux premiers secours. Quatre pays ont indiqué que la formation aux premiers secours destinée aux officiers a une durée de 26 heures et comporte des exercices pratiques (Grèce), que la formation ne comprend pas de stage pratique en milieu hospitalier (Hongrie), que la législation nationale définit les conditions d'obtention d'un certificat d'aptitude à dispenser les premiers secours, ce certificat étant obligatoire pour les personnes chargées d'assurer les soins médicaux à bord (Mexique) ou que les officiers navigants supérieurs sont encouragés à suivre des cours de recyclage de quelques semaines en milieu hospitalier (Pays-Bas).

Huit autres pays, qui indiquent une formation aux premiers secours qui fait partie de la formation dispensée aux futurs officiers et aux officiers en service, indiquent la durée des cours ou donnent d'autres détails. Dans un

pays (Bangladesh), les cours destinés aux futurs officiers durent deux semaines et ne comprennent pas de stage pratique en milieu hospitalier. Dans un autre pays (Finlande), le Conseil national de l'enseignement professionnel fixe la durée et le contenu des cours dispensés dans le domaine des soins médicaux aux futurs capitaines et officiers de navigation; des visites de cliniques de soins ambulatoires sont prévues dans la formation et des cours de recyclage d'une semaine sont également organisés. Un troisième pays (Inde) a mentionné un cours de formation avancée de 14 jours dispensé par la Croix-Rouge, mais n'organise pas de cours de recyclage. De même, il n'existe pas de cours de recyclage dans un quatrième pays (Italie), où des cours officiels de premiers secours destinés aux officiers et organisés dans un hôpital portuaire durent un mois. Dans un autre pays (Madagascar), ces cours se composent de deux heures d'enseignement hebdomadaire durant l'année universitaire, suivis de 15 jours de stage pratique en milieu hospitalier; dans ce cas encore il n'existe pas de cours de recyclage. Le sixième pays (Pakistan) organise un cours de premiers secours de quatre semaines destiné aux futurs officiers et un cours médical destiné aux capitaines de navire, mais aucun stage pratique n'est prévu dans l'un et l'autre cas. Le septième pays (Suède) a des cours médicaux, destinés aux officiers et organisés par les autorités responsables de l'enseignement, qui durent 40 heures; les stages pratiques en milieu hospitalier sont recommandés et des cours de recyclage d'une semaine sont organisés. Dans le huitième pays (Uruguay), les cours élémentaires de premiers secours dispensés par des centres de formation maritime s'étendent sur 32 heures; il n'existe aucun stage pratique en milieu hospitalier ni aucun cours de recyclage.

Sept pays ont donné quelques détails sur la formation médicale plus poussée que la formation aux premiers secours. Un pays (Algérie) offre, en dehors des cours ordinaires de formation aux premiers secours destinés aux marins, une formation médicale générale à l'intention de personnes spécialement qualifiées auxquelles les autorités compétentes confient la responsabilité d'assurer les soins médicaux à bord de certains navires qui effectuent de longs parcours. Un autre pays (Argentine), où tous les officiers reçoivent une formation aux premiers secours, organise une formation de niveau supérieur destinée aux aides-médicaux qualifiés que les navires ayant plus de 30 personnes à bord sont tenus par la loi de compter au nombre de leurs membres d'équipage. Les navires au long cours d'un troisième pays (Brésil) comptent également parmi leurs membres d'équipage du personnel médical auxiliaire qui peut occuper les postes après trois ans de formation spécialisée ou, dans le cas de l'ancien personnel médical naval, après avoir effectué un cours d'adaptation à la marine marchande. Dans un quatrième pays (Colombie), le personnel médical auxiliaire reçoit des cours de recyclage dans le cadre de programmes spéciaux. Une situation analogue existe dans un cinquième pays (Pérou) où les aides-infirmiers spécialisés sont toujours d'anciens membres du personnel naval qui ont suivi une formation complète dans des établissements médicaux. Dans un sixième pays (Portugal), certains navires disposent d'un personnel médical qualifié dans les soins infirmiers de caractère général et immatriculés comme tels; tous les officiers de bord et les matelots reçoivent une formation en soins de premiers secours dans des écoles d'enseignement naval. Enfin, dans un pays (URSS), des assistants médicaux de bord autres que les médecins sont formés dans des établissements spécialisés de formation médicale et suivent des cours de recyclage d'un à trois mois, organisés dans des hôpitaux pour gens de mer, tous les trois ou quatre ans; les officiers de bord reçoivent une formation en soins de premiers secours et en soins médicaux dans des établissements de formation maritime, et les officiers supérieurs sont tenus de suivre des stages ou des séminaires spéciaux de recyclage organisés par des hôpitaux pour gens de mer au moins tous les deux ans; ces stages ou séminaires sont axés sur les soins de premiers secours à apporter aux malades ou aux blessés et sur l'application des mesures d'hygiène à bord des navires, conformément à la réglementation officielle.

Pour ce qui est des quinze pays qui ont fourni des informations plus complètes, celles-ci sont résumées ci-après:

La République fédérale d'Allemagne compte plusieurs établissements d'enseignement naval qui assurent une formation aux premiers secours et aux soins médicaux dans le cadre de la formation professionnelle des officiers de bord; cette formation est en grande partie théorique. Il existe également un centre de formation médicale, destiné aux officiers navigants, qui assure deux cours différents composés de conférences et de travaux pratiques. Il s'agit là d'un cours de base de deux à quatre semaines conduisant à des certificats de capacité élémentaire et supérieure. Dans l'autre cas, il s'agit d'un cours de recyclage facultatif d'une semaine destiné aux officiers. Le cours de base est composé d'un minimum de théorie pure et ne traite pas des problèmes médicaux ni des méthodes thérapeutiques qui ne s'appliquent pas à la fixation à bord des navires. Les conférences et les débats sont orientés vers l'action et comprennent des démonstrations; les exercices pratiques sont organisés dans les services aux malades non hospitalisés et hospitalisés dans un hôpital portuaire. Les principaux sujets traités dans le cours de quatre semaines de 140 heures sont l'anatomie, la physiologie, la pharmacologie, l'hygiène, les méthodes générales de thérapie, les maladies spécifiques, les maladies chirurgicales, les situations d'urgence, le traitement des accidents et les questions médicales spéciales à la marine. Les travaux pratiques portent sur le traitement des blessures saignantes, les sutures, les poses de plâtre, l'ophtalmologie, l'examen des malades, les techniques d'injection, les soins d'urgence, les soins dentaires et l'utilisation de la pharmacie de bord. Il est largement recouru aux moyens audiovisuels, aux modèles et autres systèmes de formation. Pour compléter le cours de base, les stagiaires doivent passer un examen écrit et prouver leur capacité à examiner les patients, à poser un diagnostic correct, à apporter les soins d'urgence et prouver leur connaissance des techniques d'injection et d'analyse d'urine.

En Australie, tous les officiers de pont et les officiers mécaniciens doivent avoir suivi un cours en soins de premiers secours et tous les futurs capitaines, sauf dans le cas des petits navires côtiers, doivent suivre un cours de formation poussée en milieu hospitalier. Ces cours sont fondés sur le Guide médical national des capitaines de navire, le GSMD, la teneur de la pharmacie de bord, la demande de conseils médicaux donnés par radio et le traitement des accidents et des maladies à bord des navires. Le cours avancé dure de une à deux semaines et comprend une formation pratique en milieu hospitalier, et le cours de premiers secours dure 30 heures. Les officiers des petits navires côtiers sont tenus de suivre un cours de soins de premiers secours du type de celui qui est dispensé au public.

En Belgique, la formation médicale des officiers stagiaires, dispensée à l'Académie maritime nationale, est étendue et s'étend sur une période de trois ans. Elle comporte d'abord une étude de la biologie et de la physiologie humaine, des maladies et de la prévention des maladies et des accidents, comporte des exercices pratiques d'hygiène et de prévention de la noyade. Les études portent ensuite sur l'anatomie et l'hygiène à bord des navires et, au cours de la dernière année, sont axées sur le traitement et les soins à apporter aux malades et aux blessés à bord, sont fondées sur un guide médical type et comportent des stages pratiques en milieu hospitalier. Aucune formation de recyclage n'est assurée.

La Bulgarie assure une formation médicale spéciale aux capitaines et aux officiers supérieurs dans un institut de formation maritime. Le programme de formation dure 51 heures et porte sur 32 sujets. L'institut organise également des cours de recyclage à l'intention des officiers supérieurs qui portent sur le traitement médical d'urgence à appliquer en cas d'accidents et de maladies aiguës et dispense un cours de 32 heures aux matelots portant sur 20 sujets.

Des cours de recyclage de teneur et de durée différentes sont également donnés aux officiers supérieurs et des cours périodiques de soins de premiers secours sont dispensés aux marins à bord des navires par des médecins. Cette formation ne comporte pas de stage pratique en milieu hospitalier.

Cuba assure des cours à l'intention des assistants médicaux de port, organisés par les autorités sanitaires publiques, d'une durée de deux ans. Ces cours sont dispensés dans des hôpitaux où les stagiaires sont en contact direct avec les patients et sont formés par des médecins. Les assistants médicaux servant en mer effectuent, périodiquement, des stages en milieu hospitalier pour exercer et apprendre de nouvelles techniques; cette formation en service dure trois mois et comprend, en outre, des études théoriques. Lorsque les navires mouillent dans des ports nationaux, les assistants médicaux participent, pendant une journée par semaine, à des séminaires sur l'hygiène à bord des navires et sur l'épidémiologie sous la direction de médecins du service de santé publique.

Le Danemark assure des cours de soins de premiers secours à toutes les catégories de marins. Dans le cas des matelots, ils reçoivent, avant de prendre la mer, une formation consistant en un cours par semaine pendant cinq mois. Une formation aux premiers secours et aux soins médicaux est également dispensée aux capitaines et officiers de navigation stagiaires qui participent à un cours par semaine pendant 40 semaines. La formation destinée aux capitaines porte sur les soins médicaux et les soins infirmiers, y compris l'utilisation du guide médical de port et du GSMD, ainsi que sur le recours aux conseils médicaux donnés par radio. Il existe également, à l'intention des capitaines, des cours spéciaux touchant à l'utilisation de substances dangereuses et à celle du GSMD. Tous les cours comportent une formation pratique. Les capitaines et les officiers navigants prêtent leur concours, dans une certaine mesure, dans le service d'urgence d'un hôpital en situation réelle. Les ingénieurs et officiers radio reçoivent également une formation aux premiers secours.

En Espagne, la formation au secourisme et aux soins médicaux plus poussés que les premiers secours est également assurée par des établissements navals. Il existe huit cours différents destinés aux capitaines, aux officiers navigants et aux ingénieurs ainsi qu'aux capitaines de bateaux de pêche; ces cours portent sur un guide médical de bord et sur des questions plus générales ayant trait à la protection de la santé, telles que l'hygiène, le système sanitaire, l'alimentation, la nutrition et les produits toxiques. En outre, un institut social de la marine marchande assure une formation au secourisme et envisage de dispenser des cours pratiques avancés dans le domaine de la protection de la santé à l'intention des officiers des navires marchands et des bateaux de pêche.

Aux Etats-Unis, une formation aux premiers secours et aux soins médicaux, y compris à la réanimation cardio-pulmonaire, est assurée à tous les élèves officiers des écoles maritimes et constitue une condition indispensable à l'obtention des certificats de capacité d'officiers de navigation ou d'officiers ingénieurs. La formation porte essentiellement sur le traitement des blessures et des maladies pouvant survenir à bord des navires et est fondée sur le guide médical de bord national ainsi que sur les conseils médicaux donnés par radio et l'utilisation de la pharmacie de bord. Une grande partie de l'industrie maritime s'efforce constamment d'améliorer les soins médicaux à bord des navires grâce à une meilleure formation médicale des officiers et des matelots. De nombreux officiers en service saisissent la possibilité que leur offre l'industrie de suivre une formation approfondie en soins médicaux d'urgence afin de pouvoir faire face aux urgences médicales graves et de pouvoir assurer un traitement de courte ou de longue durée aux malades ou aux blessés. Le cours le plus long dure quatre semaines; les autres

une semaine. Tous les cours reposent sur la démonstration et la pratique et peuvent comporter des stages pratiques en clinique ou en milieu hospitalier. De nombreux matelots suivent, de leur plein gré, des cours complémentaires de secourisme et de réanimation cardio-pulmonaire, organisés par des centres et des programmes de formation patronnés par l'industrie maritime.

Les officiers chargés d'assurer les soins médicaux à bord des navires, en France, reçoivent une formation de 150 heures aux premiers secours et aux soins médicaux et infirmiers à assurer aux malades et aux blessés, durant leurs quatre années d'études, dans les établissements d'enseignement maritime national. Les cours de recyclage sont dispensés chaque année aux capitaines de navire. La formation assurée aux futurs capitaines a été améliorée en 1984. Durant les deux premières années, la formation est axée sur les urgences et les premiers secours, l'accent étant mis sur la réanimation cardio-pulmonaire; cette formation aboutit à un diplôme de secourisme reconnu sur le plan national. La quatrième année, la formation médicale est davantage orientée vers l'examen des malades ou des blessés et d'études de symptomatologie afin de permettre à l'officier compétent de faire un diagnostic préliminaire avec l'aide d'un médecin consultant et de prescrire un traitement. Des cours de recyclage de 120 heures sont organisés chaque année pour les officiers en activité. Certains officiers, qui n'ont pas été formés dans les écoles de navigation, reçoivent 30 heures de formation médicale, et les matelots et gradés, 16 heures d'instruction de premiers secours. Une expérience pratique dans un hôpital peut être prévue.

Au Japon, les navires qui ne sont pas tenus d'avoir un médecin à bord ont un surveillant de santé diplômé, qui est chargé d'assurer les soins médicaux et qui a la responsabilité de régler les autres questions sanitaires. Conformément aux conventions collectives passées entre les armateurs et les marins, les surveillants participent, périodiquement, à des cours de recyclage de 140 heures réparties sur cinq semaines, dont 80 heures pratiques cliniques en milieu hospitalier. Ils suivent également des cours de courte durée sur l'administration sanitaire à bord des navires, qui sont organisés par les armateurs.

Au Maroc, les cours de formation des futurs officiers, dispensés dans les écoles de la marine marchande, comprennent 50 heures annuelles d'instruction médicale sur la base du GSMD et du GMIB. Cette formation comprend une instruction pratique donnée sous la direction de médecins. Les stagiaires brevetés subissent un examen de connaissances et d'aptitudes pour le traitement des maladies et des accidents à bord.

En Norvège, la formation au secourisme et aux soins médicaux fait partie de la formation générale des marins; la nature de l'information varie selon la catégorie du personnel et le niveau professionnel atteint. La durée de la formation, qui est assurée par des établissements de formation, est la suivante: matelots, huit heures; seconds mécaniciens et électriciens, 12 heures; officiers en second, 35 heures; officiers supérieurs et capitaines, 96 heures réparties à égalité entre conférences et exercices pratiques, y compris les stages pratiques en milieu hospitalier. En outre, des cours de secourisme et de recyclage courts et élémentaires sont organisés par des sociétés maritimes et d'autres organisations. Il n'existe pas d'autres cours de recyclage, mais il est envisagé d'organiser une formation médicale dans des établissements d'enseignement maritime; il a été proposé, en particulier, d'intégrer, dans la formation aux soins médicaux plus poussés que les premiers secours, une formation à l'hygiène, à la diététique et à la protection générale de la santé, ainsi qu'une formation théorique et pratique sur les soins infirmiers de caractère général et l'évaluation de l'état de santé des patients à partir de simples observations et de faire en sorte que la

formation comporte à la fois un aspect théorique et un travail clinique pratique.

En Nouvelle-Zélande, la formation médicale se déroule à différents stades de la carrière des gens de mer. Les second et troisième officiers navigants doivent être en possession d'un certificat de secourisme ne datant pas de plus de trois ans, et les capitaines doivent avoir obtenu un certificat médical spécial de capitaine. Ils obtiennent ce certificat après avoir suivi un cours agréé composé de conférences et de démonstrations pratiques et après avoir passé un examen devant un médecin praticien. Les conférences et démonstrations portent sur les empoisonnements, les maladies vénériennes, les urgences médicales et l'observation des patients, les urgences chirurgicales et les sutures de blessures, les maladies tropicales et infectieuses, le traitement de l'asphyxie, l'hygiène générale, les soins infirmiers généraux et les soins poussés, les accouchements d'urgence, les conseils médicaux par radio et l'utilisation de la pharmacie de bord avec une insistance particulière sur l'utilisation des médicaments de sauvetage.

La législation de la République démocratique allemande fait obligation aux officiers de bord de suivre une formation en soins médicaux; avant d'obtenir un certificat de compétence, ils passent un examen devant des médecins indépendants par rapport aux établissements de formation et aux sociétés maritimes. Les candidats officiers sont des marins qualifiés qui ont déjà suivi un cours de 40 heures en premiers secours. La formation aux soins médicaux s'étend sur 108 heures supplémentaires et comporte des exercices pratiques sur des sujets tels que les injections, la réanimation, la pose de pansements et les soins infirmiers, ainsi que des stages pratiques en milieu hospitalier. Trois fois par an, les officiers de bord passent un examen de connaissances et d'aptitudes en soins médicaux. Des cours de recyclage portant sur tous les domaines de la profession maritime sont organisés en moyenne tous les cinq ans et comportent des conférences sur le traitement des malades ou des blessés et sur l'évaluation des cas médicaux qui se sont présentés à bord des navires. Une formation en milieu hospitalier fait partie du cours de recyclage.

Au Royaume-Uni, la formation médicale des officiers de pont des flottes marchande et de pêche suit de près le guide médical national des capitaines de navire. Elle assure aux officiers une bonne connaissance pratique du guide leur permettant de l'utiliser rapidement et efficacement en cas d'urgence médicale survenant en mer. Il existe deux niveaux de formation obligatoire pour lesquels des certificats sont délivrés; les officiers navigants doivent avoir suivi une formation complète en secourisme et les candidats aux brevets de capitaine et de chef-steward doivent - en vertu d'une convention collective - suivre un cours plus poussé en soins médicaux. Ces deux cours sont composés d'une formation théorique et de démonstrations pratiques et sont suivis d'un examen oral pratique. Le cours de secourisme dure au moins 12 heures et porte sur la structure et les fonctions de l'organisme, les bandages et pansements, le traitement et le transport des blessés, les fractures et les dislocations, les blessures à la tête et à la colonne vertébrale, le traitement des blessures et des brûlures, la noyade et la réanimation. La formation médicale des capitaines dure 16 heures et peut comporter des stages en milieu hospitalier. Cette formation est plus poussée que celle qui porte sur les premiers secours. Parmi les sujets traités, on peut citer l'empoisonnement, les maladies vénériennes, l'alcoolisme, les urgences médicales et chirurgicales, les maladies tropicales et infectieuses, l'asphyxie, l'accouchement, les conseils médicaux donnés par radio, les techniques de soins infirmiers et les médicaments. Les certificats délivrés à la fin de ces cours sont valables cinq ans. Les cours sont ouverts, à titre facultatif, à d'autres officiers et membres du personnel de bord.

En conclusion, il convient de mentionner que, dans cinq pays (Bangladesh, Philippines, Portugal, Suède et URSS), les gens de mer reçoivent une formation conformément à la Convention internationale de 1978 sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille dont il est question dans l'introduction.

21[1]. Veuillez donner des détails sur toutes mesures, pratiques ou activités existant dans votre pays et concernant les soins médicaux dispensés à bord aux marins des navires marchands et aux marins pêcheurs, ainsi que les accidents du travail et les décès pendant le service de marins de la marine marchande qui ne sont pas visés par les questions précédentes.

Vingt-trois pays ont envoyé de brefs commentaires sur les soins médicaux, la sécurité professionnelle et les accidents à bord des navires. Dix pays (Autriche, Bulgarie, Danemark, Japon, Libéria, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, URSS et Uruguay) ont fait porter leurs observations essentiellement sur les questions de sécurité: les mesures de protection des travailleurs, la réglementation nationale relative aux enquêtes sur les accidents et la tenue de statistiques, la mise au point d'informations statistiques sur les risques personnels dans la marine, la formation des travailleurs dans le domaine de la prévention des accidents, les organismes consultatifs et d'enquêtes en matière de sécurité à bord des navires, l'adoption ou l'élaboration d'une réglementation sur l'hygiène et la sécurité des marins, y compris des conditions telles que les examens médicaux à intervalles réguliers, l'imposition de certaines obligations aux armateurs pour assurer l'hygiène et la sécurité des marins, les mesures de sécurité dans l'environnement et les consultations sur la sécurité à bord.

A l'instar de deux de ces pays (Norvège et URSS), les autres pays restants ont formulé des observations sur divers aspects des soins médicaux. Un pays (Colombie) a appelé l'attention sur les détails des fonctions des médecins de bord et des infirmiers qualifiés servant à bord de certains navires battant pavillon national. Un autre pays (Maroc) a mentionné l'existence, à bord de tous les navires nationaux, y compris les gros chalutiers, d'une infirmerie complètement équipée et régulièrement inspectée par les autorités médicales à terre; les petits bateaux de pêche possèdent une pharmacie de bord qui est aussi soumise à inspection. Trois pays (Cuba, République démocratique allemande et URSS) ont souligné l'importance de faire passer aux marins des examens médicaux, préalablement à leur embauche et périodiquement, afin d'éviter que des personnes se trouvant dans une condition physique qu'il serait difficile ou impossible de traiter à bord d'un navire ne disposant pas d'un médecin ne travaillent en mer; cela réduit les éventualités d'avoir à assurer un traitement médical en mer et permet de limiter les soins médicaux d'urgence aux accidents ou aux maladies aiguës. Un pays (URSS) exige que les marins soient soumis chaque année à des examens médicaux - plus fréquemment parce qu'ils effectuent de longs parcours, dans l'Arctique, l'Antarctique ou dans des régions tropicales - et impose à la construction navale une réglementation nationale en matière de salubrité et d'hygiène. Dans un autre pays (Cuba), les marins se voient délivrer un dossier médical et un certificat de vaccination qui sont examinés de près par le médecin à terre et les auxiliaires médicaux à bord. Dans un autre pays (Australie), des cours de recyclage sont organisés tous les cinq ans et peuvent comporter une formation médicale, et un autre pays (Bangladesh) prend des dispositions pour assurer une formation aux premiers secours aussi bien aux officiers qu'aux matelots des navires de ligne. Un pays (Finlande) a un centre d'hygiène professionnelle de district qui est spécialisé dans les problèmes de santé des marins; un autre pays (Grèce) a décidé, par décret présidentiel, de créer une école de marine marchande spécialisée dans la formation au secourisme qui assurera un cours théorique de 24 heures et des stages pratiques de 48 heures en milieu

hospitalier. De même, dans deux pays, un institut social de la marine marchande envisage d'assurer des cours réguliers sur l'hygiène et la salubrité à bord des navires à l'intention des officiers, dispensant une formation universitaire pratique dans un cas (Hongrie) et également ouverte aux capitaines de bateaux de pêche dans l'autre cas (Espagne). Un pays (Inde) a indiqué qu'une société de bienfaisance assure une formation en soins médicaux aux marins en plus de celle qui est exigée par la loi, et un autre pays (Japon) fait état de cours de courte durée sur la sécurité et l'hygiène qui sont assurés par une association pour la prévention des accidents.

Certains pays ont fait état de l'intérêt qui est porté à la santé des marins et aux soins médicaux par des organismes nouvellement créés ou dans le cadre de nouvelles activités. Dans un pays (Norvège), les autorités maritimes compétentes envisagent, en coopération avec toutes les parties intéressées, d'adopter des mesures visant à améliorer l'hygiène générale et l'environnement à bord des navires, y compris les bateaux de pêche. Un autre pays (Portugal) a mis au point un plan visant à réorganiser les cours dispensés dans les établissements d'enseignement naval afin d'assurer une meilleure formation en secourisme et en soins médicaux. Dans un autre pays (Suède), les soins médicaux à assurer aux marins qui manipulent des produits chimiques ou pétrochimiques retiennent particulièrement l'attention des autorités maritimes qui envisagent de désigner un organisme chargé de mettre au point des directives appropriées; entre-temps, des cours spéciaux de formation sont assurés à l'intention des officiers chargés de dispenser les soins médicaux à bord des pétroliers et des navires transportant des produits chimiques.

Enfin, dans un pays (Etats-Unis), il a été créé un centre d'études des soins médicaux à assurer aux marins. Cet organisme est composé de représentants du gouvernement, des armateurs et des marins, et il a récemment recommandé l'instauration de normes relatives à l'examen médical devant servir de ligne directrice à l'industrie maritime.

Note

[1] Les questions 19 et 20, qui ont trait aux statistiques concernant les décès des gens de mer, sont traitées dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

STATISTIQUES CONCERNANT LES DECES DES GENS DE MER

La résolution sur le rassemblement d'informations statistiques concernant la mortalité des gens de mer, adoptée par la commission à sa dernière session, a tenu à l'observation des membres des gens de mer selon laquelle on manquait d'informations statistiques au niveau international et au niveau national pour ce qui concerne nombre de marins décédés à la suite de catastrophes et d'accidents maritimes et de maladies liées à la profession de marin. Il a été estimé que ces statistiques seraient utiles à toutes les parties concernées pour analyser les accidents et les maladies et pour réduire le nombre des morts et que le Bureau devrait publier les informations pertinentes qu'il aurait recueillies auprès des Etats Membres. Il a été relevé que la question du recueil et de l'analyse des statistiques relatives aux accidents du travail est l'un des sujets traités dans la convention (no 134) sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970.

Faisant suite à la résolution, la question des statistiques concernant la mortalité des gens de mer a été inscrite dans la partie du questionnaire relative aux soins médicaux à bord des navires qui comprenait deux questions sur ce sujet, les réponses à ces questions étant analysées ci-après.

19. Etablit-on dans votre pays des statistiques sur les décès en service commandé de marins de la marine marchande? Dans l'affirmative, veuillez préciser:

a) s'il existe des statistiques distinctes pour les décès résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sans dommage pour le navire, telles que collision, incendie, naufrage, etc.;

b) s'il existe des statistiques globales des décès, toutes causes confondues.

Cinquante pays ont répondu à cette question sur lesquels 38 (Algérie, République fédérale d'Allemagne, Australie, Autriche, Barbade, Belgique, Bulgarie, Burundi, Canada, Colombie, Cuba, Danemark, Egypte, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Indonésie, Japon, Libéria, Maroc, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Panama, Pays-Bas, Philippines, Qatar, République démocratique allemande, Royaume-Uni, Seychelles, Suède, Tchécoslovaquie, URSS et Uruguay) ont indiqué qu'ils tenaient des statistiques sur les accidents mortels du travail et 12 (Argentine, Bangladesh, Brésil, Ghana, Guyana, Inde, Italie, Pérou, Portugal, Soudan, Sri Lanka et Suisse) qu'ils ne le faisaient pas. Parmi les pays qui ont répondu affirmativement, huit seulement ont indiqué qu'ils tiennent des statistiques distinctes des accidents et maladies résultant de catastrophes ou d'accidents maritimes. Seize pays ne font aucune distinction et douze pays n'ont fourni aucune information à cet égard. Dix-neuf pays groupent les statistiques concernant tous les décès, neuf tiennent des statistiques séparées et dix ne donnent aucun détail sur ce point.

En résumé, il ressort des informations fournies par les gouvernements que les statistiques concernent généralement les décès résultant de toutes causes, et non pas seulement les accidents mortels survenant en cours d'emploi, et comprennent donc les meurtres, les décès par causes naturelles, les suicides et, dans certains cas, les décès des passagers également. Dans la plupart des

cas, les statistiques sur les décès résultant de catastrophes ou d'accidents survenus aux navires ne sont pas tenues séparément.

Dans quelques pays, les statistiques concernant les décès des gens de mer ne sont pas recueillies et publiées officiellement, peuvent être extraites des dossiers des armateurs ou des autorités portuaires ou des livres de bord.

20. Veuillez fournir toutes statistiques ou autres informations disponibles sur les accidents mortels du travail atteignant les gens de mer occupés à bord de navires de votre pays. Si les statistiques ne donnent pas de détails sur les accidents mortels, veuillez fournir des renseignements sur les points suivants:

a) nombre de décès;

b) nature des décès;

c) causes des décès ou circonstances dans lesquelles ils se sont produits;

d) lieu de l'accident mortel: pont, chambre des machines, réfectoire, etc.;

e) les décès sont-ils survenus en mer ou dans un port?

Sur les 38 pays qui ont répondu à la question précédente, 30 (Algérie, République fédérale d'Allemagne, Australie, Belgique, Burundi, Canada, Colombie, Cuba, Danemark, Egypte, Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Japon, Libéria, Maroc, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Pays-Bas, Philippines, Royaume-Uni, Seychelles, Suède, Tchécoslovaquie, URSS et Uruguay) ont fourni des statistiques sur les accidents mortels du travail et autres décès de gens de mer, en indiquant, en général, le nombre, la nature et les causes ou circonstances des décès, et huit (Autriche, Barbade, Bulgarie, Indonésie, Mexique, Panama, Qatar et République démocratique allemande) n'ont fourni aucun chiffre.

Comme la portée, la période de référence et la classification des chiffres varient fortement, les statistiques ne peuvent être valablement présentées sous forme de tableaux. Certains pays donnent le nombre total de décès pour un certain nombre d'années plutôt que pour une année déterminée. Certains chiffres ont trait à des années civiles et d'autres à des exercices financiers. Dans un pays, les statistiques concernent les gens de mer servant à bord de navires battant pavillon de leur pays ainsi que les marins servant à bord de navires battant pavillon étranger. Dans de nombreux cas, les passagers sont pris en compte dans ces statistiques et quelques pays tiennent des statistiques séparées des décès survenant à bord des navires de pêche. Les décès résultant de catastrophes ou d'accidents maritimes sont parfois pris en compte et, d'autres fois, ne le sont pas. La classification des causes ou des circonstances des décès varie de même d'un pays à l'autre selon la nature de la blessure, la cause, le type d'accident, l'agent de la blessure ou de l'accident, la localisation de la blessure, etc.

Néanmoins, on peut obtenir un chiffre approximatif du nombre et de la nature des décès des gens de mer des 24 pays qui ont fourni des données. Sur une période de 12 mois, vers 1982, on a compté au total environ 1.600 morts, dont 33 pour cent ont été classés sous les rubriques suivantes: noyades accidentelles, disparitions en mer, chutes par-dessus bord, naufrages et catastrophes maritimes. Bien que l'on ne puisse pas qualifier tous les accidents d'accidents du travail, 36 pour cent des décès sont en fait survenus en service à bord des navires et à terre à la suite de causes telles que des

explosions, des brûlures, des asphyxies, des chutes, des collisions ou avec un objet ou des coups portés avec un objet, des accidents au cours de la manutention d'objets et l'électrocution. Vingt-deux pour cent des décès ont été dus à des maladies, les causes les plus communes étant l'empoisonnement, le paludisme et la mort naturelle. Parmi les autres causes, on peut citer: suicides (1 pour cent) et divers types d'accidents tels que des bagarres, des actes de violence, des agressions, des coups de poignard, des homicides, des accidents de la circulation et des accidents survenant à terre pendant les congés (2 pour cent). L'origine des 6 pour cent des décès n'a pas été spécifiée.

Douze pays ont fourni des informations sur la localisation des accidents qui ont eu une issue fatale. Selon ces déclarations, la plupart des accidents (41 pour cent) sont survenus en mer, 23 pour cent à terre et 19 pour cent dans un port ou dans les eaux intérieures; 16 pour cent des accidents ont eu lieu à bord des navires, mais il n'a pas été précisé s'ils sont survenus en mer ou dans un port; enfin, la localisation du 1 pour cent restant des accidents n'a pas été précisée.

CHAPITRE IV

RESUME DES MESURES PRISES A L'ECHELON NATIONAL POUR ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTE DES GENS DE MER ET POUR LEUR FOURNIR LES SOINS MEDICAUX NECESSAIRES

Dans les pages qui précèdent, le Bureau s'est efforcé de décrire, sur la base des informations fournies par les gouvernements, la situation générale dans le monde en ce qui concerne divers aspects des soins médicaux aux marins à bord des navires en mer. Le propos du Bureau était essentiellement de passer en revue la législation, les politiques et les pratiques et de donner certaines informations générales aidant à discerner les similitudes et les usages en vigueur dans la communauté maritime internationale, s'agissant des moyens médicaux mis à la disposition des gens de mer à bord des navires. Le rapport fait aussi état de données statistiques concernant les maladies et accidents du travail mortels des gens de mer pour en éclairer la nature au plan global et suggérer, le cas échéant, des mesures en vue d'en réduire le nombre. On trouvera ci-après un résumé des principales conclusions.

Fourniture de soins médicaux à bord des navires

Presque tous les pays ont des dispositions légales concernant les soins médicaux à bord des navires - lois sur la marine marchande, la navigation ou les marins, législation du travail maritime, décrets spéciaux ou législation générale applicable à tous les travailleurs, etc. Ordinairement, ces dispositions stipulent que presque tous les types de navires marchands - dans certains pays, les navires de pêche côtière et hauturière également - doivent avoir une pharmacie de bord, le matériel et les équipements médicaux nécessaires. Des lois ou règlements énumérant en détail les médicaments et autres moyens médicaux et les livrets d'instructions médicales à tenir existent aussi dans la plupart des pays. Un petit nombre de pays ont des dispositions légales sur la responsabilité légale des armateurs et/ou capitaines de navires en ce qui concerne les soins médicaux des marins malades ou blessés (et, dans quelques pays, de certains marins pêcheurs), le financement des soins médicaux, la durée des prestations, etc. La législation porte aussi quelquefois sur d'autres aspects, comme l'obligation pour certains navires d'embarquer des médecins, l'obligation pour l'armateur de prendre des dispositions pour que, si le navire n'a pas de médecin à bord, l'équipage comprenne une personne qualifiée pour traiter les malades et les blessés et l'obligation pour les élèves-officiers d'avoir suivi avec succès des cours de secourisme pour obtenir leur brevet. Dans beaucoup de pays, la législation générale en matière de travail, de santé ou de sécurité sociale renferme des dispositions concernant les soins médicaux à bord des navires; ces dispositions énoncent les droits des marins dans le domaine de la protection de la santé et des prestations en cas de maladie ou d'accident. Un pays au moins étend ces prestations aux marins pêcheurs.

Les soins médicaux peuvent être prévus aussi dans les conventions collectives ou les contrats individuels d'engagement conclus entre les armateurs et les gens de mer: tel est le cas dans un quart des pays ayant répondu au questionnaire. Ces instruments portent sur des questions comme la responsabilité de l'armateur à l'égard des marins, les mesures visant à protéger la santé et la sécurité des gens de mer à bord et les dispositions prises pour que les membres de l'équipage des navires soient formés et qualifiés pour donner des soins médicaux.

Pharmacies de bord

Presque tous les pays appliquent la principale disposition de la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958, selon laquelle tout navire affecté à la navigation maritime devrait posséder une pharmacie de bord adaptée à la nature et à la durée du voyage ainsi qu'au nombre des personnes à bord. L'énumération des navires tenus d'avoir une pharmacie de bord varie beaucoup selon les pays mais, en pratique, presque tous les navires marchands autres que les "petits" navires possèdent une pharmacie de bord - dans quelques pays, y compris certains navires de pêche.

S'agissant du contenu des pharmacies de bord, plus de la moitié des pays qui ont fourni des informations ont des lois ou d'autres règles énumérant les médicaments qui doivent figurer dans la pharmacie de bord; la liste est révisée lorsque nécessaire et semble raisonnablement à jour. D'autres pays adoptent les listes recommandées au plan national ou international, par exemple celles qui sont données dans le Guide médical international de bord ou la pharmacopée internationale. Dans deux pays au moins, la liste des médicaments fait l'objet d'un accord entre les armateurs et les gens de mer.

Conscients de l'importance pour les navires de posséder une pharmacie de bord, les pays prévoient l'inspection périodique du contenu de ces pharmacies et leur entretien. Des prescriptions légales existent à cet effet dans plus de la moitié des pays considérés. Le plus souvent, l'inspection est faite annuellement ou au début ou à la fin de chaque voyage par les autorités compétentes à terre, quelquefois en collaboration avec le personnel de bord concerné. Dans quelques pays, l'inspection est confiée au capitaine du navire ou à ses subordonnés chargés des soins médicaux. Le capitaine du navire est chargé de veiller à ce que les pharmacies de bord et autres moyens médicaux soient conformes aux normes prescrites.

Guides médicaux

La recommandation no 105 prescrit aussi l'utilisation d'un guide médical donnant des explications sur l'usage du contenu de la pharmacie de bord; là encore, tous les pays pour lesquels des renseignements sont disponibles semblent appliquer cette règle, la plupart du temps par des prescriptions légales ou d'autres dispositions officielles. Comme pour les pharmacies de bord, les catégories de navires tenus d'avoir à bord un guide médical varient selon les pays mais, en règle générale, presque tous les navires marchands - à l'exception, dans certains pays, de bâtiments comme les bâtiments de servitude, les transbordeurs et autres "petits" bâtiments - en possèdent un.

S'agissant du contenu des guides médicaux, les deux tiers des pays indiquent que le texte a été établi dans le pays même ou dans un autre pays. Dans bon nombre de pays, le guide est une traduction ou une adaptation du Guide médical international de bord, mais l'usage de ce dernier est encore plus répandu car, dans beaucoup d'autres pays, les navires en ont un exemplaire à bord en plus du livret national d'instructions médicales.

Quant à savoir dans quelle mesure les guides médicaux nationaux sont tenus à jour, peu d'informations ont été fournies sur ce point. La moitié environ des pays ont répondu que le texte utilisé a été publié au cours des cinq dernières années et l'autre moitié au cours des dix dernières années environ. Dans un domaine en mutation aussi rapide que la médecine, les instructions doivent suivre les progrès: c'est pourquoi, semble-t-il, les quelques pays pour lesquels des renseignements sont disponibles préfèrent

publier des éditions révisées de leur guide lorsque le besoin s'en fait sentir plutôt que des suppléments à des intervalles peut-être plus fréquents.

Dans tous les cas, les guides médicaux utilisés sont destinés à permettre aux personnes chargées des soins médicaux à bord des navires - et qui sont formées pour cette tâche - de donner aux malades et aux blessés des soins plus poussés que les soins d'urgence avec ou sans l'aide de conseils médicaux par radio. Les soins d'urgence en cas d'accidents dus à des substances dangereuses sont prévus dans bon nombre de pays dont les guides nationaux donnent des instructions à ce sujet ou dont les navires ont à bord un exemplaire du Guide des soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses, du moins lorsqu'ils transportent des marchandises dangereuses.

Conseils médicaux donnés par radio

Là encore, bon nombre de pays ont, dans l'esprit de la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, 1958, pris des mesures pour que les navires en mer bénéficient, à leur demande, de conseils médicaux, y compris des conseils de spécialistes, à toute heure du jour ou de la nuit, et ce gratuitement. Le plus souvent, une station radio côtière reste à l'écoute en permanence sur les fréquences maritimes mobiles. Les médecins, soit à la station, soit dans certains hôpitaux en liaison directe avec une station, peuvent converser directement ou par le canal d'autres stations radio avec les navires du monde entier. Les conseils peuvent être transmis aussi par radiotéléphone, télégraphie morse et télex.

Afin de pouvoir demander de l'aide par radio, dans presque tous les pays, les navires pourvus d'installations de radio doivent avoir à bord une liste complète des stations de radio par l'intermédiaire desquelles des consultations médicales peuvent être obtenues, comme le préconise la recommandation no 106. Les pays peuvent établir leur propre liste ou utiliser celle d'un autre pays ou encore celle de l'Union internationale des télécommunications (UIT). De même, les listes sont généralement tenues à jour au moyen d'amendements publiés par les services nationaux et par l'UIT; elles sont aussi quelquefois réimprimées à intervalles réguliers. Dans les pays ayant répondu au questionnaire, les listes sont généralement sous la garde de l'opérateur radio, comme le suggère aussi la recommandation no 106. Dans quelques pays, toutefois, cette responsabilité incombe au capitaine.

Les informations disponibles indiquent que, dans la plupart des pays, les personnes, autres que les médecins, à bord des navires qui demandent un avis médical par radio, utilisent les guides médicaux et les connaissances qu'elles ont acquises pendant leur formation professionnelle dans les écoles maritimes pour comprendre le type de renseignements dont les médecins ont besoin. Dans un assez grand nombre de pays, il est fait usage de la section médicale du Code international de signaux: dans plusieurs pays, une instruction spéciale au sujet de ce code est donnée à ceux qui sont appelés à s'en servir pour demander des conseils médicaux. A noter aussi l'importance accordée par plusieurs pays à l'emploi d'un langage simple, autant que possible, pour faciliter la compréhension entre le navire et le médecin consulté, question abordée aussi dans la recommandation no 106.

Soins médicaux et soins infirmiers

Au fil des années, les services médicaux disponibles en mer se sont incontestablement améliorés mais, dans la plupart des cas, ils dépendent encore dans une large mesure de facteurs tels que la dimension du navire, la nature du voyage et le nombre de personnes embarquées. Aujourd'hui encore, relativement peu de navires ont un médecin parmi l'équipage; en général, seuls en ont les navires à passagers autres que les transbordeurs et bâtiments similaires naviguant relativement près des côtes ou n'allant au large que quelques heures. Font exception à cette règle les navires-écoles et certains navires des pays socialistes. Le nombre de personnes à bord semble être le critère généralement accepté pour décider d'embarquer un médecin; le chiffre communément accepté à cet égard semble être celui de 100 personnes pour les navires naviguant au-delà d'une certaine distance du rivage. Ces navires, et plus particulièrement ceux qui transportent un nombre plus grand de passagers, ont parfois aussi une ou deux infirmières diplômées et même un second médecin.

En l'absence de médecin à bord, c'est presque toujours le capitaine du navire qui a la responsabilité générale des soins aux malades et aux blessés, les soins étant donnés le plus souvent par un officier de navigation subalterne, à moins qu'il y ait un aide-infirmier à bord. Dispenser les premiers secours en cas d'accident ou de maladie soudaine est évidemment une obligation pour tous les marins - officiers ou matelots - qui, dans la plupart des pays, reçoivent une certaine instruction en la matière pendant leur formation maritime.

En ce qui concerne le niveau des soins dispensés aux malades et aux blessés lorsqu'il n'y a pas de médecin à bord, assez souvent la personne responsable est capable de donner les premiers soins en cas d'accident ou d'urgence médicale, ainsi que certains soins médicaux et infirmiers dans les cas courants à bord des navires. A bord de certains navires de quelques pays, ce niveau de soins n'existe que lorsque des conseils médicaux par radio sont disponibles; en pareil cas, à bord même des navires d'autres pays, seuls les premiers secours peuvent être fournis. A l'inverse, un assez grand nombre de pays signalent que des soins médicaux plus poussés que les premiers secours peuvent être donnés à condition, là aussi, que des conseils médicaux soient disponibles par radio ou que la personne responsable à bord ait reçu une formation suffisante.

Formation

En ce qui concerne la formation des membres de l'équipage, autres que les médecins, appelés à dispenser des soins médicaux, un nombre élevé de pays ont répondu que les élèves-officiers suivent un cours de secourisme soit pendant leur formation professionnelle dans les écoles maritimes, soit dans le cadre de leur préparation professionnelle en vue d'obtenir leur brevet. Le niveau d'instruction est en général celui des soins d'urgence de base, y compris une certaine surveillance médicale du patient en attendant que le traitement approprié soit disponible. Les matelots reçoivent généralement une formation au secourisme pour être capables de sauver des vies humaines et de prévenir l'aggravation de l'état des patients. Plusieurs pays vont plus loin et exigent que les futurs capitaines ou même les futurs seconds suivent avec succès un cours spécial supplémentaire de soins médicaux et de soins d'urgence comportant des stages pratiques. Cette formation est dispensée aussi aux autres officiers à titre volontaire.

Certains navires d'un très petit nombre de pays ont à bord un personnel spécialement qualifié pour donner des soins intérimaires aux patients, et ce de deux façons: selon la première, l'équipage comprend des infirmiers ou infirmières qualifiés correspondant plus ou moins aux infirmiers diplômés militaires des hôpitaux militaires, les soins étant leur seul travail à bord; selon la seconde méthode, un officier du navire comme le capitaine, un officier de navigation, un commissaire de marine ou l'intendant du navire reçoit une formation poussée, complétée quelquefois par des cours de recyclage pour administrer des soins médicaux appropriés dans la plupart des situations.

Les renseignements concernant la formation des aides-infirmiers et du personnel paramédical sont assez limités. La formation au secourisme des officiers est dispensée quelquefois sur une longue période dans le cadre des programmes d'études des écoles nautiques ou elle est donnée en stages spéciaux d'une à quatre semaines dans les hôpitaux, les établissements d'enseignement supérieur agréés ou d'autres institutions spéciales. En général, la formation porte sur le guide médical national ou un autre guide médical utilisé à bord des navires, le contenu de la pharmacie de bord, la façon de demander des conseils médicaux par radio et les types de maladies et d'accidents les plus fréquents en mer. La formation consiste en exposés et en démonstrations pratiques et a trait notamment aux aspects suivants: structure et fonctions du corps humain, bandages et pansements, traitement et transport des blessés, fractures et luxations, lésions de la tête et de la moëlle épinière, soins des plaies et brûlures, noyades et réanimation.

Les cours de recyclage pour les principaux officiers de navigation ou les cours spéciaux pour les capitaines de navire qui existent dans certains pays et qui durent aussi d'une à trois semaines sont destinés à donner aux personnes directement responsables des soins médicaux des connaissances à jour plus poussées. Cette formation met l'accent en général sur les exercices et l'expérience pratiques et porte notamment sur les domaines suivants: empoisonnements, alcoolisme, maladies vénériennes, urgences médicales et chirurgicales, maladies tropicales et infectieuses, asphyxies, accouchements, techniques de soins infirmiers, médicaments en général et médicaments de premiers secours.

Très peu de pays, semble-t-il, ont des cours de formation pour le personnel paramédical qualifié lui permettant de donner aux malades et aux blessés des soins plus poussés que ceux qui sont donnés par les principaux officiers du navire ayant suivi les cours de formation et de recyclage mentionnés plus haut. La plupart du temps, ce personnel a reçu une formation au cours du service militaire, pendant plusieurs années, ou comprend des infirmiers déjà qualifiés. En revanche, plusieurs gouvernements ont fait état de cours de formation de longue durée - deux ou trois ans - pour le futur personnel paramédical qualifié, comprenant aussi des cours de recyclage, mais n'ont pas fourni de renseignements détaillés à ce sujet.

Deux questions retiennent particulièrement l'attention des gouvernements en ce qui concerne la santé des gens de mer et les soins médicaux à bord des navires. La première est l'importance des visites médicales avant l'enrôlement et des visites médicales périodiques des gens de mer afin de limiter la nécessité de soins médicaux à bord, en particulier de soins nécessitant un médecin. La seconde est la création de groupes nationaux comprenant des représentants du gouvernement, des armateurs et des gens de mer chargés d'étudier des questions telles que l'amélioration du milieu de travail à bord et des soins médicaux pour les gens de mer exposés à des substances dangereuses.

Statistiques concernant les décès des gens de mer

En général, les 30 pays ayant fourni des informations sur les décès des gens de mer ont donné des statistiques, mais les données ne précisent pas toujours s'il s'agit d'accidents du travail. En outre, les informations concernant les caractéristiques des accidents ayant entraîné le décès varient beaucoup d'un pays à l'autre. Dans bien des cas, elles se limitent à une brève déclaration sur la raison du décès sans fournir d'indications précises sur des facteurs tels que la nature, le type et la cause de l'incident, les relations de cause à effet entre l'incident et le décès ou le siège des lésions corporelles.

Cependant, malgré toutes ces différences, on peut dire qu'au cours d'une période récente de 12 mois plus de 36 pour cent des 1.600 accidents mortels signalés peuvent être classés comme accidents du travail ayant eu lieu soit à bord d'un navire, soit à terre. Cinquante-huit pour cent des décès, dont certains étaient probablement d'origine professionnelle, ont été dus à des maladies et à divers incidents allant de la noyade accidentelle à la violence physique et à des accidents impliquant des véhicules. Parmi les accidents mortels signalés par quelques pays, au moins 57 pour cent - et peut-être plus - sont survenus à bord d'un navire et plus des deux tiers pendant que le navire était en mer.

CHAPITRE V

CONSIDERATIONS FINALES ET CONCLUSIONS PROPOSEES CONCERNANT LA PROTECTION DE LA SANTE ET LES SOINS MEDICAUX DES GENS DE MER

Considérations finales

Les pages qui précèdent ont cherché à décrire, dans les grandes lignes, la situation dans le monde entier concernant les dispositions prises par les pays pour les soins médicaux des gens de mer à bord de navires en mer. Elles donnent aussi des données statistiques sur les décès des gens de mer.

Il ressort de cette description qu'un très grand nombre de pays maritimes ont, dans la législation ou la pratique, ou les deux, des règles obligatoires sur les différents aspects de la question. Il ressort aussi que les gouvernements, les armateurs et les gens de mer ont acquis une grande expérience sur la base de ces règles et que des travaux de planification à long terme sont en cours dans le domaine des soins médicaux à bord des navires des nations maritimes du monde.

Ce souci apparemment universel des besoins médicaux des gens de mer tient sans doute au fait que, malgré les progrès des techniques modernes, le fait d'être en mer sans pouvoir disposer d'un médecin rend particulièrement difficile l'octroi d'une assistance médicale pleinement qualifiée en cas d'urgence. Il n'y a pas de doute que les gens de mer et certains marins pêcheurs sont de loin le groupe le plus nombreux ainsi affecté.

Certes, il est souhaitable d'assurer des soins médicaux rapides à ceux qui en ont besoin: c'est sans doute la raison pour laquelle, s'agissant de satisfaire les besoins médicaux des gens de mer à bord des navires, les règles et pratiques des pays sont, dans l'ensemble, assez conformes aux dispositions des instruments internationaux existants et à d'autres directives moins contraignantes en la matière, en particulier à la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958, et à la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, 1958, ainsi qu'aux suggestions faites par le Comité mixte OIT/OMS de la santé des gens de mer et d'autres organismes en ce qui concerne la formation des gens de mer aux soins médicaux d'urgence et les instructions spécifiques pour le traitement à bord de navires sur la base du Guide médical international de bord.

En ce qui concerne les soins médicaux en mer des marins pêcheurs travaillant dans des conditions comparables à celles des marins de la marine marchande, les informations limitées fournies par les gouvernements en réponse au questionnaire du Bureau ne permettent guère de savoir dans quelle mesure les marins pêcheurs bénéficient de soins médicaux à bord, en vertu de prescriptions légales ou dans la pratique. Les informations concernant les modalités de ces services médicaux sont encore moins fournies. Il en ressort néanmoins que certains pays exigent que les navires de pêche soient équipés pour les urgences médicales et confient au capitaine la responsabilité de s'occuper des marins pêcheurs malades ou blessés en mer. Ces faits et d'autres faits comme la fourniture de services médicaux aux navires de pêche par les navires plus grands se trouvant dans le voisinage, les conseils médicaux donnés par radio aux navires de pêche et la formation au secourisme dispensée aux marins pêcheurs pendant leur formation professionnelle sont confirmés par les informations fournies au Bureau par les gouvernements au sujet des soins

médicaux à bord pour les pêcheurs, question qui a été examinée par la Commission des conditions de travail dans l'industrie de la pêche en 1978.

Etant donné la nécessité incontestable d'assurer le meilleur niveau possible de soins médicaux en mer et étant donné les progrès remarquables déjà réalisés par les pays à cet égard, aussi bien en faveur des marins de la marine marchande que des marins pêcheurs, il semble réaliste et réalisable d'envisager actuellement de renforcer d'une façon ou d'une autre les normes et les directives internationales en la matière.

Eu égard au contenu des deux résolutions concernant les soins médicaux à bord de navires en mer pour les marins de la marine marchande adoptées à la 62e session (maritime) de la Conférence internationale du Travail (1976) et à la 24e session de la Commission paritaire maritime (1984), et de la résolution sur les soins médicaux pour les pêcheurs en mer adoptée par la Commission des conditions de travail dans l'industrie de la pêche en 1978 - résolutions qui préconisent toutes l'adoption de normes internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires - et compte tenu en outre des informations fournies par les gouvernements en réponse au questionnaire du Bureau consignées dans les pages qui précèdent, la Conférence technique maritime préparatoire pourrait examiner les conclusions proposées ci-après, en totalité ou en partie, comme base de discussion et de propositions pour la prochaine session maritime de la Conférence internationale du Travail en vue de l'adoption d'un ou de plusieurs instruments internationaux.

S'agissant des statistiques sur les décès des gens de mer, certaines directives, quant à la nécessité de tenir des statistiques concernant les accidents du travail des gens de mer, figurent dans la convention (no 134) et la recommandation (no 142) sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970. Le paragraphe 2 de cette recommandation dit que les Etats Membres devraient tenir dûment compte de tout système international d'enregistrement des accidents des gens de mer qui aurait été établi par l'OIT. Jusqu'à présent, l'Organisation n'a pas fait de suggestions spécifiques à ce sujet, mais des directives générales sont énoncées dans les résolutions détaillées concernant les statistiques des lésions professionnelles adoptées par les dixième et treizième Conférences internationales des statisticiens du travail, tenues en 1962 et 1982 et qui sont reproduites à l'annexe V. Les directives portent sur les accidents du travail et les décès pendant le service dans tous les secteurs, y compris l'industrie maritime.

En fait, la plupart des pays du monde ont un système statistique pour les accidents du travail et les décès pendant le service, dont l'objectif est double - prévention des accidents et réparation des accidents du travail. La question qui se pose est celle de savoir si les accidents des gens de mer sont intégrés à ces systèmes nationaux. Tel devrait être le cas, car cela serait dans l'esprit des dispositions pertinentes de la convention no 134 et de la recommandation no 142 ainsi que des résolutions adoptées par les Conférences internationales des statisticiens du travail. Cela permettrait aussi, au niveau national: a) d'utiliser des définitions uniformes pour les accidents du travail et les décès pendant le service, la portée, le champ d'application et la périodicité des statistiques; b) d'utiliser des définitions et des classifications uniformes pour la nature, le type, les causes et les autres caractéristiques des accidents; c) d'utiliser des définitions uniformes pour les caractéristiques des personnes mortes ou blessées et d) d'utiliser des informations secondaires uniformes comme l'occupation à bord d'un navire, la durée du travail, etc., pour le calcul de mesures comparatives (taux d'accidents, de lésions et de décès). Il faudrait encourager les pays à intégrer les gens de mer aux systèmes de statistiques nationales. Toutefois, comme il existe déjà un corps assez important de normes et directives internationales dans le domaine des statistiques des accidents du travail, des

lésions corporelles et des décès des gens de mer, en conformité notamment avec la convention no 134 et la recommandation no 142, il n'a pas été jugé nécessaire d'inclure cette question dans les conclusions proposées soumises à la Conférence technique maritime préparatoire.

Conclusions proposées concernant la protection de la santé et les soins médicaux pour les gens de mer

1. Un instrument international concernant la protection de la santé et les soins médicaux des gens de mer à bord des navires devrait être élaboré.

2. Cet instrument devrait prendre la forme d'une convention.

3. Cet instrument devrait faire référence, dans son préambule, à la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958, et à la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, 1958.

4. La convention devrait comporter les dispositions suivantes:

I. CHAMP D'APPLICATION ET DEFINITIONS

5. 1) La convention devrait s'appliquer à tout navire de mer, de propriété publique ou privée, qui est enregistré dans le territoire de tout membre ayant ratifié la convention et qui est normalement affecté à la navigation ou à la pêche maritimes commerciales.

2) En cas de doute sur la question de savoir si un navire doit être considéré comme affecté à la navigation ou à la pêche commerciales maritimes aux fins de la convention, la question devrait être réglée par l'autorité compétente après consultation des organisations d'armateurs, de gens de mer et de marins pêcheurs intéressées, s'il en existe.

3) Aux fins de la convention, l'expression "gens de mer" devrait s'appliquer à toute personne employée, à quelque titre que ce soit, à bord d'un navire de mer enregistré dans un pays pour lequel la convention est en vigueur.

II. GENERALITES

6. 1) Chaque Membre qui ratifie la convention devrait en assurer l'application au moyen de mesures prévoyant la protection de la santé et les soins médicaux des gens de mer à bord des navires; ces mesures devraient être prises par voie de législation nationale, de conventions collectives, de manuels d'exploitation, de sentences arbitrales ou de décisions judiciaires ou par tout autre moyen adapté aux conditions nationales.

2) Ces mesures devraient assurer l'application aux gens de mer de toute disposition générale relative à la protection de la santé au travail et aux soins médicaux des gens de mer, ainsi que de toute disposition spéciale relative au travail à bord.

3) Ces mesures devraient viser à assurer aux gens de mer une protection de la santé et des soins médicaux comparables à ceux dont bénéficient en général les travailleurs à terre.

III. SOINS MEDICAUX A BORD

7. 1) Chaque navire auquel s'applique la convention devrait être tenu d'avoir une pharmacie de bord.

2) Le contenu des pharmacies de bord devrait être prescrit par l'autorité compétente en tenant compte de facteurs tels que la grandeur et le type du navire, le nombre de personnes à bord, ainsi que la nature et la durée des voyages.

3) En établissant ou en réexaminant les prescriptions nationales concernant le contenu des divers types de pharmacies de bord, l'autorité compétente devrait prendre en considération les normes recommandées en la matière, sur le plan international, ainsi que les progrès réalisés dans la connaissance médicale et dans les méthodes approuvées de traitement.

4) Les prescriptions nationales devraient prévoir les mesures nécessaires au maintien et à l'entretien des pharmacies de bord et de leur contenu ainsi que leur inspection périodique, à intervalles réguliers, par des personnes responsables désignées par l'autorité compétente.

8. 1) Un livret d'instructions médicales de bord, approuvé par l'autorité compétente, devrait être conservé à bord de chaque navire tenu d'être équipé d'une pharmacie de bord.

2) Le livret d'instructions médicales devrait donner des explications sur l'usage du contenu de la pharmacie de bord et devrait permettre à d'autres personnes qu'un médecin de donner des soins aux malades ou blessés se trouvant à bord, avec ou sans consultation médicale par radio.

3) En adoptant ou en réexaminant le livret d'instructions médicales en usage sur le plan national, l'autorité compétente devrait tenir compte du Guide médical international de bord, publié par l'Organisation mondiale de la santé, et du Guide de soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses, publié par l'Organisation maritime internationale, ainsi que des modifications ou des adjonctions apportées à ces guides.

9. 1) L'autorité compétente de chaque pays maritime devrait prendre toutes dispositions pour garantir, au moyen d'arrangements préalables, qu'un service de consultations médicales par radio aux navires en mer, y compris les conseils de spécialistes, soit assuré à toute heure du jour et de la nuit.

2) Ces consultations médicales, y compris la transmission par radio de messages médicaux entre un navire et les personnes à terre qui donnent des conseils, devraient être assurées gratuitement aux navires battant pavillon national comme à ceux battant pavillon étranger.

3) Afin d'assurer qu'il est fait un usage optimum des possibilités de consultations radiomédicales, il devrait être exigé que:

a) tous les navires auxquels s'applique la convention et qui sont équipés d'installations radio aient à bord une liste complète des stations de radio par l'intermédiaire desquelles des consultations médicales peuvent être obtenues;

b) la liste des stations radio soit tenue à jour et placée sous la garde de la personne responsable à bord des liaisons radio.

4) Les gens de mer qui demandent des avis médicaux par radio devraient avoir reçu une formation sur l'utilisation du livret d'instructions médicales de bord et de la partie médicale du Code international des signaux publié par l'Organisation maritime internationale afin qu'ils puissent comprendre le type d'informations qui sont nécessaires aux médecins consultés ainsi que les conseils qu'ils reçoivent.

5) Les médecins qui donnent des conseils médicaux par radio aux navires devraient recevoir une formation à la médecine d'urgence et à la médecine navale, et avoir notamment une expérience pratique.

10. Les navires auxquels s'applique la convention, qui comptent 100 hommes d'équipage ou davantage et qui effectuent normalement des voyages de plus de trois jours dans les eaux internationales, devraient compter un médecin parmi les membres de l'équipage.

11. 1) Tous les navires auxquels s'applique la convention et qui ne disposent pas d'un médecin de bord devraient compter parmi l'équipage au moins une personne qui serait désignée pour assurer, parmi ses fonctions régulières, la charge des soins médicaux.

2) Les personnes chargées d'assurer les soins médicaux à bord et qui ne sont pas médecins devraient avoir suivi avec succès un cours agréé de formation théorique et pratique sur les soins médicaux fondés sur le contenu du Guide médical international de bord, du Guide des soins médicaux d'urgence à donner en cas d'accidents dus à des marchandises dangereuses ou des guides nationaux analogues, et la partie médicale du Code international des signaux, comme suit:

a) dans le cas des navires qui peuvent d'ordinaire atteindre dans les huit heures un port où peuvent être assurés des soins médicaux qualifiés où existent des établissements médicaux, une formation de base qui leur permettra d'assurer un traitement médical efficace dépassant le niveau des soins médicaux d'urgence et d'appliquer les conseils médicaux donnés par radio en cas d'accidents ou de maladies pouvant survenir à bord;

b) dans le cas de tous les autres navires, une formation au diagnostic et à la thérapeutique qui leur permettra d'assurer un traitement et des soins médicaux étendus, avec le concours de conseils médicaux donnés par radio, pendant une période dépassant huit heures.

3) Des cours de perfectionnement devraient être ouverts aux personnes chargées d'assurer les soins médicaux à bord, qui ne sont pas médecins, afin de leur permettre d'entretenir et d'accroître leurs connaissances et leurs aptitudes et de se tenir au courant des nouveaux développements.

4) Tous les gens de mer, durant leur formation professionnelle, devraient recevoir une instruction portant sur les mesures à prendre immédiatement en cas d'accidents ou d'autres cas d'urgence médicale survenant à bord, c'est-à-dire sur les soins médicaux d'urgence.

12. 1) Les navires auxquels s'applique la convention, qui comptent 15 hommes d'équipage ou davantage et qui effectuent normalement des voyages de plus de trois jours dans les eaux internationales, devraient être dotés de leur propre infirmerie comptant un nombre de lits prescrits par l'autorité compétente.

2) L'infirmerie devrait être convenablement située et être conçue, aménagée et équipée de manière à assurer le confort des occupants et à faciliter le traitement médical et les soins infirmiers.

3) L'infirmerie ne devrait pas être utilisée à des fins autres que celles du traitement des malades.

IV. FICHES MEDICALES

13. 1) L'autorité compétente devrait adopter un modèle de fiche médicale pour les gens de mer devant servir aux médecins ou aux responsables des soins médicaux à bord et aux hôpitaux et médecins à terre.

2) Le modèle devrait être spécialement conçu pour permettre l'échange d'informations médicales et d'informations connexes concernant le marin, entre le navire et la terre en cas de maladie ou d'accident.

V. COOPERATION INTERNATIONALE

14. 1) Les Membres qui ratifient la convention devraient s'engager à coopérer les uns avec les autres pour promouvoir la protection de la santé des gens de mer et les soins médicaux à bord des navires et pour faire en sorte qu'ils puissent être débarqués dans un port en cas de nécessité de traitement d'urgence.

2) Cette coopération devrait porter sur les questions suivantes:

a) le développement et la coordination des moyens de recherche et de sauvetage et la mise en place de moyens permettant d'assurer une aide et une évacuation médicales rapides en mer en cas de maladie ou d'accident grave à bord d'un navire qui ne dispose pas d'un médecin de bord, grâce à des moyens tels que des systèmes de signalement périodique de position des navires, des centres de coordination des opérations de sauvetage et des services d'urgence assurés par hélicoptère;

b) l'utilisation optimale du nombre limité de navires de pêche disposant d'un médecin et le maintien des navires stationnés en mer qui peuvent assurer des services hospitaliers et des moyens de sauvetage, ainsi que de fournir des informations météorologiques pour l'industrie de la pêche maritime;

c) l'élaboration et la tenue à jour d'une liste internationale de médecins et d'établissements médicaux disponibles à travers le monde pouvant assurer des soins médicaux d'urgence aux gens de mer;

d) le rapatriement des marins hospitalisés à l'étranger dès que cela est pratiquement réalisable;

e) l'établissement de centres sanitaires pilotes pour les gens de mer, qui seraient chargés de:

   i) mener des recherches sur la santé et le traitement médical des gens de mer;

   ii) former le personnel médical et des services de santé en médecine navale;

   iii) recueillir et évaluer des données sur la morbidité et les accidents parmi les gens de mer;

f) organiser des échanges internationaux d'informations techniques de matériel et de personnel pédagogiques, ainsi que des cours de formation, des séminaires et des groupes de travail internationaux dans le domaine de la formation.

ANNEXE I

RESOLUTION SUR LA PROTECTION DE LA SANTE DES GENS DE MER ET LES SOINS MEDICAUX QUI LEUR SONT DISPENSES ADOPTEE PAR LA COMMISSION PARITAIRE MARITIME A SA 24e SESSION, 1984

La Commission paritaire maritime, réunie à Genève en sa 24e session, du 20 au 28 septembre 1984,

Notant que la Conférence internationale du Travail a adopté, à sa 55e session (maritime), tenue en 1970, une résolution concernant la santé des gens de mer, qui invitait le Conseil d'administration du Bureau international du Travail à examiner, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé, les services de santé, les normes d'aptitude pour les gens de mer, les dossiers et les relevés médicaux, la formation du personnel en ce qui concerne les premiers secours, les soins infirmiers et autres mesures de prévention;

Notant que la session maritime de la Conférence internationale du Travail a adopté en 1976 une résolution concernant les normes internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires, qui insistait sur la nécessité de prévoir pour les gens de mer des soins médicaux comparables à ceux dont jouissent les travailleurs à terre, et demandait instamment à la Commission paritaire maritime d'envisager l'adoption de normes sur les soins médicaux à bord des navires exigeant une formation des gens de mer aux soins médicaux allant au-delà du niveau du secourisme;

Notant, en outre, que la convention internationale de 1978 sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille exige que les capitaines et les seconds aient une connaissance approfondie de la mise en oeuvre du contenu de trois documents internationaux ayant trait aux soins médicaux dispensés aux gens de mer;

Reconnaissant que les gens de mer sont exposés à des risques intrinsèques pour leur santé et leur intégrité physique, et qu'il importe d'assurer la protection de la santé des gens de mer, de leur fournir des soins médicaux en mer et dans les ports, et d'améliorer de temps en temps les dispositions pertinentes, en particulier dans le contexte du progrès technologique, y compris des nouvelles techniques de communications;

Reconnaissant également l'importance des examens médicaux préalables à l'engagement tels qu'ils sont prévus par la convention no 73 de l'OIT, et des examens médicaux périodiques pratiqués sur les gens de mer en activité comme moyen d'améliorer l'hygiène et la sécurité à bord;

Considérant que le Guide médical international de bord, approuvé par le Comité mixte OIT/OMS de l'hygiène des gens de mer, représente la norme appropriée pour la prestation de soins médicaux à bord des navires,

Prie instamment le Conseil d'administration du Bureau international du Travail d'inscrire à l'ordre du jour de la prochaine session maritime de la Conférence internationale du Travail une question concernant l'adoption d'une convention sur la protection de la santé des gens de mer et les soins médicaux qui leur sont dispensés à bord des navires et dans les ports, et propose que soient notamment examinés les points suivants:

- adoption de mesures de prévention efficaces destinées à promouvoir le bien-être physique de tous les gens de mer et à éliminer les facteurs et les circonstances susceptibles de nuire à bord des navires à leur santé;

- prestation de soins médicaux, assurés par un personnel spécialement formé à cet effet, aux gens de mer à bord des navires;

- dotation des navires des moyens matériels nécessaires, dont des instruments médicaux et des médicaments, pour prodiguer les soins médicaux;

- formation d'instructeurs chargés de prodiguer à bord des navires des soins médicaux aux équipages;

- formation de tous les membres d'équipage aux premiers secours;

- refonte des recommandations nos 105 et 106 en une convention exhaustive;

- harmonisation des statistiques concernant les accidents et les décès d'origine professionnelle dont sont victimes des gens de mer, et intégration dans les systèmes nationaux de statistiques des accidents du travail dans lesquels sont englobées d'autres catégories de travailleurs;

- mise à la disposition des gens de mer de services sanitaires et médicaux dans les ports.

ANNEXE II

DISPOSITIONS DE FOND DE LA RECOMMANDATION (no 105) SUR LES PHARMACIES DE BORD, 1958 ET DE LA RECOMMANDATION (no 106) SUR LES CONSULTATIONS MEDICALES EN MER, 1958

Recommandation no 105

.....

1. (1) Tout navire affecté à la navigation maritime devrait être tenu d'avoir une pharmacie de bord, dont le contenu serait précisé par l'autorité compétente, compte tenu de facteurs tels que le nombre des personnes à bord, ainsi que la nature et la durée du voyage. Des dispositions spéciales devraient être prises pour assurer la garde par le capitaine, ou par tout autre officier responsable, des médicaments dont l'usage est réglementé.

(2) Les règlements concernant le contenu minimum des pharmacies de bord devraient s'appliquer indépendamment de la présence d'un médecin de bord.

2. (1) En établissant ou en révisant les règlements concernant le contenu des divers types de pharmacie de bord, l'autorité compétente devrait prendre en considération la liste minimum de médicaments et de matériel médical annexée à la présente recommandation.

(2) Ces règlements devraient être soumis à une révision périodique à la lumière des nouvelles découvertes médicales, des progrès et des traitements approuvés, conformément à toute proposition en vue d'une telle révision sur laquelle l'Organisation internationale du Travail et l'Organisation mondiale de la santé se seraient mises d'accord.

3. Toutes les pharmacies de bord devraient contenir un livret d'instructions médicales approuvé par l'autorité compétente et donnant toutes explications sur l'usage du contenu de la pharmacie de bord. Le livret d'instructions devrait être assez détaillé pour permettre à d'autres personnes qu'un médecin de bord de donner des soins aux malades ou blessés se trouvant à bord, avec ou sans consultation médicale supplémentaire par radio.

4. Les règlements devraient prévoir les mesures nécessaires au maintien et à l'entretien des pharmacies de bord et de leur contenu, ainsi que des inspections régulières de ces pharmacies, à des intervalles n'excédant normalement pas douze mois, par des personnes agréées par l'autorité compétente.

.....

Recommandation no 106

.....

Les Membres devraient prendre toutes dispositions pour garantir au moyen d'arrangements préalables:

a) que le service des consultations médicales par radio aux navires en mer soit assuré gratuitement à toute heure du jour et de la nuit;

b) que les consultations médicales comportent, en cas de besoin et lorsque cela est possible, des conseils de spécialistes;

c) qu'une bonne utilisation soit faite des possibilités de consultations radiomédicales, notamment en donnant des instructions au personnel navigant et en publiant des manuels ou livrets médicaux qui indiquent avec clarté et concision le genre de renseignements pouvant aider le médecin à formuler son avis, de sorte qu'une personne se trouvant à bord d'un navire et qui demanderait un avis médical par radio comprenne quels renseignements sont nécessaires au médecin ainsi consulté;

d) qu'il y ait à bord des navires pourvus d'installations de radio une liste complète et à jour des stations de radio par l'intermédiaire desquelles des consultations médicales peuvent être obtenues, liste qui serait sous la garde de l'officier radiotélégraphiste ou, dans le cas des navires de faible tonnage, de la personne responsable de la radio.

ANNEXE III

RESOLUTIONS CONCERNANT LES NORMES INTERNATIONALES DU TRAVAIL MARITIME SUR LES SOINS MEDICAUX A BORD DES NAVIRES ET SUR LES SOINS MEDICAUX POUR LES PECHEURS EN MER

Résolution concernant les normes internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires

(Adoptée à la 62e session (maritime) de la Conférence internationale du Travail, 1976)

La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail,

Rappelant les mesures et les discussions positives qui sont intervenues depuis que des normes internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires ont été proposées pour la première fois lors d'une réunion tenue à l'occasion de la Conférence technique maritime préparatoire de l'Organisation internationale du Travail (Gênes, septembre 1969);

Rappelant également les déclarations favorables et la mention spéciale faites à ce sujet par le Directeur général du Bureau international du Travail à la 55e session (maritime) de la Conférence internationale du Travail (Genève, octobre 1970);

Rappelant en outre la résolution sur la formation médicale et la formation de secourisme pour le personnel de bord, adoptée par le Comité mixte OIT/OMS de la santé des gens de mer (Genève, septembre 1973);

Notant l'accroissement des soins médicaux dispensés à bord des navires des nations maritimes du monde;

Considérant qu'il est nécessaire de prévoir pour les gens de mer des soins médicaux comparables à ceux dont jouissent les travailleurs à terre;

Reconnaissant qu'un niveau minimum de compétences dans les soins médicaux, dépassant celui de secourisme, est essentiel à bord de tous les navires marchands pour le bien-être, la continuité de l'emploi et la santé de tous les gens de mer,

Demande instamment au Conseil d'administration du Bureau international du Travail d'inviter la Commission paritaire maritime à envisager l'adoption de normes internationales du travail maritime sur les soins médicaux à bord des navires qui exigent une formation des gens de mer aux soins médicaux allant au-delà du niveau du secourisme.

Résolution sur les soins médicaux pour les pêcheurs en mer

(Adoptée par la Commission des conditions de travail dans l'industrie de la pêche, 1978)

La Commission des conditions de travail dans l'industrie de la pêche,

Considérant que les pêcheurs sont exposés à des maladies et à des accidents professionnels et non professionnels lorsqu'ils sont en mer et consciente des inégalités essentielles qui existent entre les prestations de soins médicaux fournies aux pêcheurs au travail et les facilités médicales dont bénéficient les travailleurs à terre;

Notant le nombre limité des praticiens et autre personnel médical dûment formé sur les bateaux de pêche, ce qui entraîne le recours croissant à des membres d'équipage n'ayant pas la formation nécessaire pour donner des soins médicaux;

Rappelant que la question des soins médicaux pour les pêcheurs en mer n'a fait l'objet d'aucun instrument international du travail, sauf indirectement et sur une base fragmentaire, à travers quelques normes se référant principalement à la marine marchande;

Notant que les soins médicaux aux pêcheurs en mer transcendent les frontières nationales du fait de la nécessité de diverses consultations médicales internationales et d'autres activités coordonnées;

Convaincue que les soins médicaux fournis aux pêcheurs en mer pourraient être sensiblement améliorés au profit de la santé des patients par des mesures visant à l'harmonisation internationale des programmes de formation médicale des équipages, la coordination étroite entre ces programmes et les normes internationales existantes concernant des sujets qui s'y rattachent tels que les guides médicaux, les pharmacies de bord, les conseils médicaux par radio et, lorsque cela s'avère médicalement nécessaire et faisable, l'évacuation du patient,

1. Invite le Conseil d'administration du Bureau international du Travail à inclure la question des soins médicaux en mer pour les pêcheurs à l'ordre du jour d'une session future de la Conférence internationale du Travail, en vue de l'adoption d'un instrument international;

2. Invite le BIT, lorsqu'il sera procédé au travail préparatoire à l'élaboration de l'instrument international proposé, à tenir dûment compte des principes suivants:

a) en ce qui concerne les soins médicaux, les membres des équipages des bateaux de pêche ont besoin de différents niveaux de formation, selon les circonstances dans lesquelles ils auront à agir et les fonctions que l'on attendra d'eux. Il importe également d'accorder une attention particulière à la question des recyclages;

b) la formation aux soins médicaux devrait être conçue de manière à correspondre aux problèmes médicaux et chirurgicaux auxquels les pêcheurs sont exposés; elle devrait être basée sur le guide médical; elle devrait prendre en considération le contenu des pharmacies de bord et inclure des instructions sur l'utilisation appropriée du système de consultations médicales par radio;

c) il est fortement recommandé de placer à bord des bateaux de pêche des pharmacies répondant aux normes types; une pharmacie de base minimum répondant aux besoins de l'industrie et pouvant être développée par l'adjonction de modules devrait être conçue pour faire face aux diverses exigences telles que des distances plus longues et des bateaux plus grands, des équipages plus nombreux et des séjours plus longs en mer; les guides médicaux et les pharmacies de bord devraient être mis à jour et le contenu de ces dernières vérifié régulièrement;

d) la consultation médicale par radio serait beaucoup plus efficace si l'on veillait à ce que le médecin consulté dispose de données réunies systématiquement et transmises clairement du bateau grâce à des mesures d'harmonisation internationales; cela faciliterait la compréhension de l'état clinique du malade, l'établissement d'un diagnostic rapide et l'énoncé du traitement à appliquer;

e) l'évacuation rapide du patient gravement malade ou blessé devrait être organisée chaque fois que cela est indiqué du point de vue médical;

f) afin de tirer un profit maximum du nombre limité des bateaux de pêche ayant à bord un médecin, il convient d'encourager, chaque fois que cela est faisable, une plus large collaboration régionale et internationale tant en ce qui concerne les échanges d'informations que le rayon d'action de ces bateaux, facilitant ainsi l'accès à ces services d'un plus grand nombre de pêcheurs en haute mer.

3. Dans la poursuite de l'examen de cette question, la commission invite le BIT à tenir compte, dans la mesure appropriée, des normes suivantes: la recommandation (no 105) sur les pharmacies de bord, 1958 et la recommandation (no 106) sur les consultations médicales en mer, 1958; les résolutions adoptées en 1973 par le Comité mixte OIT/OMS de la santé des gens de mer à sa cinquième session; le Guide médical international de bord avec les révisions en cours et le Code international des signaux; la recommandation (no 8) de la Conférence internationale de l'OMCI sur la sécurité des bateaux de pêche, 1977.

4. En vue de la solidarité qu'exigent les soins médicaux en mer, il convient de lancer un appel aux Etats Membres afin qu'ils fournissent ou facilitent les soins médicaux du meilleur niveau possible aux pêcheurs étrangers naviguant dans des eaux voisines du territoire de ces Etats Membres.

5. La commission invite le BIT à continuer de coopérer avec l'OMS et l'OMCI en ce qui concerne les soins médicaux à bord des bateaux de pêche.

ANNEXE IV

DISPOSITIONS DE LA CONVENTION (no 134) SUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS (GENS DE MER), 1970, ET DE LA RECOMMANDATION (no 142) SUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS (GENS DE MER), 1970

Convention no 134

.....

Article 1

1. Aux fins de la présente convention, l'expression "gens de mer" s'applique à toute personne employée, à quelque titre que ce soit, à bord de tout navire, autre qu'un navire de guerre, qui est immatriculé dans un territoire pour lequel cette convention est en vigueur et qui est normalement affecté à la navigation maritime.

2. En cas de doute quant à la question de savoir si certaines catégories de personnes doivent être considérées comme gens de mer aux fins de la présente convention, cette question sera tranchée, dans chaque pays, par l'autorité compétente, après consultation des organisations d'armateurs et de gens de mer intéressées.

3. Aux fins de la présente convention, l'expression "accidents du travail" s'applique aux accidents dont sont victimes les gens de mer du fait ou à l'occasion de leur emploi.

Article 2

1. Dans chaque pays maritime, l'autorité compétente devra prendre les mesures nécessaires pour que les accidents du travail fassent l'objet d'enquêtes et de rapports appropriés et pour que des statistiques détaillées sur ces accidents soient établies et analysées.

2. Tous les accidents du travail devront être signalés, et les statistiques ne devront pas être limitées aux accidents mortels ou aux accidents dans lesquels le navire lui-même est atteint.

3. Les statistiques devront porter sur le nombre, la nature, les causes et les conséquences des accidents du travail et préciser dans quelle partie du navire - par exemple, pont, machine ou locaux du service général - et en quel lieu - par exemple en mer ou dans un port - l'accident s'est produit.

4. L'autorité compétente devra entreprendre une enquête sur les causes et les circonstances d'accidents du travail entraînant des pertes de vies humaines ou de graves lésions corporelles, ainsi que sur tous autres accidents spécifiés par la législation nationale.

Article 3

Afin d'avoir une base solide pour la prévention des accidents qui sont dus aux risques propres au travail maritime, des recherches devront être entreprises sur l'évolution générale en matière d'accidents de cette nature ainsi que sur les risques que les statistiques révéleraient.

.....

Recommandation no 142

.....

1. Aux fins de la présente recommandation:

a) l'expression "gens de mer" s'applique à toute personne employée, à quelque titre que ce soit, à bord de tout navire, autre qu'un navire de guerre, qui est normalement affecté à la navigation maritime;

b) l'expression "accidents du travail" s'applique aux accidents dont sont victimes les gens de mer du fait ou à l'occasion de leur emploi.

2. Pour l'application de l'article 2, paragraphe 3, de la convention sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970, les Membres devraient tenir dûment compte de tout système international d'enregistrement des accidents des gens de mer qui aurait été établi par l'Organisation internationale du Travail.

3. Les domaines suivants pourraient faire l'objet de recherches en application de l'article 3 de la convention sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970:

a) le milieu de travail (par exemple les aires de travail, la disposition des machines ainsi que les moyens d'accès et l'éclairage) et les méthodes de travail;

b) la fréquence des accidents pour les différents groupes d'âge;

c) les problèmes physiologiques ou psychologiques spéciaux posés par le séjour à bord des navires;

d) les problèmes résultant de la tension physique à bord des navires, en particulier lorsqu'elle est la conséquence de l'accroissement du volume de travail;

e) les problèmes et les conséquences résultant des progrès techniques, ainsi que de leur influence sur la composition des équipages;

f) les problèmes résultant des défaillances humaines, telles que la négligence.

.....

ANNEXE V

RESOLUTIONS SUR LE RASSEMBLEMENT D'INFORMATIONS STATISTIQUES CONCERNANT LA MORTALITE DES GENS DE MER ET SUR LES STATISTIQUES DES LESIONS PROFESSIONNELLES

Résolution sur le rassemblement d'informations statistiques concernant la mortalité des gens de mer

(Adoptée à la 23e session de la Commission paritaire maritime, 1980)

La 23e session de la Commission paritaire maritime, réunie à Genève du 16 au 24 octobre 1980,

Notant que, tout en disposant des données concernant les accidents en mer à l'échelle mondiale, il existe un manque d'informations statistiques au niveau international, et souvent même au niveau national, en ce qui concerne le nombre de marins décédés à la suite de catastrophes et d'accidents maritimes, et des maladies liées à la profession de marin;

Notant également que l'article 2 de la convention (no 134) de l'OIT sur la prévention des accidents (gens de mer), 1970, stipule que l'autorité compétente devra prendre les mesures nécessaires pour que les accidents du travail fassent l'objet d'enquêtes, de rapports, d'enregistrements et d'analyses et que les statistiques ne soient pas limitées aux accidents mortels ou aux accidents concernant le navire;

Notant en outre que seulement 15 pays ont ratifié la convention;

Considérant que ces informations pourraient être utiles aux deux groupes (employeurs et travailleurs) ainsi qu'aux gouvernements dans le but d'analyser les causes de tout accident mortel et des maladies parmi les marins et d'aboutir à une réduction du nombre des morts,

Par conséquent, demande au Conseil d'administration du Bureau international du Travail d'entreprendre une étude en consultation avec les groupes des armateurs et des gens de mer de la Commission paritaire maritime dans le but d'obtenir des statistiques significatives en ce qui concerne les accidents mortels et les cas mortels de maladies et d'en faire rapport à la prochaine Commission paritaire maritime.

Résolution concernant les statistiques des lésions professionnelles

(Adoptée par la dixième Conférence internationale des statisticiens du travail, 1962)

La dixième Conférence internationale des statisticiens du travail,

.....

Reconnaissant l'importance qu'il y aurait à établir une base statistique adéquate pour analyser et mesurer les risques de lésion inhérents à l'emploi en vue de faciliter la mise au point de programmes de prévention, d'apprécier

l'efficacité des mesures prises et de favoriser le développement des régimes de réparation;

.....

Estimant que des recommandations sur une terminologie, des définitions et des concepts types concernant les statistiques des lésions professionnelles et sur des règles directrices en ce qui concerne les classifications et la présentation des statistiques faciliteraient l'élaboration de statistiques des lésions professionnelles plus comparables, tant sur le plan national que sur le plan international,

Adopte ce douzième jour d'octobre 1962 la résolution suivante en remplacement des résolutions adoptées dans ce domaine par la première et par la sixième Conférence internationale des statisticiens du travail:

Terminologie

1. (1) Les lésions professionnelles couvrent toutes les lésions provoquées par des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de l'emploi (accidents du travail et accidents de trajet) et toutes les maladies professionnelles.

(2) Les accidents du travail sont des accidents survenus sur le lieu du travail et entraînant soit le décès, soit une lésion corporelle.

(3) Les accidents de trajet sont des accidents survenus sur le chemin que doit parcourir le travailleur pour se rendre au lieu de son travail et en revenir et entraînant soit le décès, soit une lésion corporelle.

Généralités

2. (1) Chaque pays devrait s'efforcer de rassembler systématiquement des statistiques des lésions professionnelles; ces statistiques devraient être publiées régulièrement.

(2) Pour le rassemblement et l'élaboration de ces statistiques, les avantages que présenterait l'utilisation des méthodes de sondage devraient être pris en considération.

(3) Les pays pour lesquels le nombre total des accidents du travail enregistrés au cours d'une année n'est pas suffisant pour permettre une analyse détaillée des statistiques devraient procéder au dépouillement des données enregistrées pour une période plus longue qui ne devrait cependant pas excéder cinq ans.

3. (1) Lorsque les statistiques comprennent non seulement les accidents du travail, mais aussi les accidents de trajet, ou les maladies professionnelles, ou ces deux derniers à la fois, les données sur les accidents du travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles devraient être présentées dans des tableaux séparés.

(2) En ce qui concerne les maladies professionnelles, chaque pays devrait appliquer, dans toute la mesure possible, les dispositions recommandées par la résolution concernant les statistiques des maladies professionnelles adoptée par la huitième Conférence internationale des statisticiens du travail.

4. Lorsque les lésions dont sont victimes les personnes employées à leur propre compte et les travailleurs familiaux sont incluses dans les statistiques générales, les statistiques de telles lésions devraient être, si possible, présentées séparément.

5. (1) Lors de la présentation des statistiques des lésions professionnelles, il conviendrait de fournir des renseignements sur les points suivants:

a) la nature des sources des statistiques, c'est-à-dire les rapports fournis par les établissements ou l'inspection du travail, les dossiers de la sécurité sociale, les demandes de réparation, etc.;

b) la portée des statistiques, en particulier en ce qui concerne les catégories de personnes et les branches d'activité économique ou les industries couvertes, la dimension minimum des établissements pour lesquels les accidents sont enregistrés, etc.;

c) les méthodes de déclaration des accidents et les méthodes employées pour élaborer les statistiques.

(2) Lorsque les définitions et les méthodes d'élaboration des statistiques diffèrent de celles qui sont visées dans cette résolution, les définitions et les méthodes utilisées devraient être indiquées clairement, afin qu'on puisse tenir compte de tels renseignements lorsqu'on tente de procéder à des comparaisons internationales.

6. (1) L'unité de dénombrement devrait être la personne tuée ou blessée à la suite d'un accident enregistré; lorsqu'une même personne est victime de deux ou plus de deux accidents distincts enregistrés au cours de la période englobée par les statistiques, chaque accident devrait être compté séparément, c'est-à-dire que la personne serait comptée deux fois ou plus.

(2) Les pays devraient également envisager la possibilité d'élaborer des statistiques se rapportant aux accidents du travail en utilisant comme unité de dénombrement l'événement au lieu de la personne, et devraient classer ces données selon le nombre de personnes impliquées.

Classifications

7. (1) Dans les statistiques se rapportant à une période donnée, les accidents du travail et les accidents de trajet devraient être classés dans les statistiques suivant les suites de l'accident d'après les définitions suivantes, sur la base des informations disponibles au moment où les statistiques sont élaborées:

a) décès: accidents mortels;

b) incapacité permanente: accidents ayant entraîné d'une manière permanente un handicap physique ou mental ou une diminution de la capacité de travail;

c) incapacité temporaire: accidents ayant entraîné une incapacité de travail d'au moins un jour complet en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu, qu'il s'agisse de jours d'incapacité pendant lesquels la victime aurait travaillé ou non;

d) autres cas: accidents ayant entraîné une incapacité de travail d'une durée inférieure à celle qui est prévue sous c), sans incapacité permanente.

(2) Lorsque les statistiques sont fondées sur les déclarations faites lors d'un accident ou immédiatement après, les cas indiqués aux alinéas b) et c) pourraient être rassemblés en un seul groupe.

(3) Lorsque les classifications utilisées ne se conforment pas aux dispositions de ce paragraphe, les méthodes utilisées devraient être indiquées d'une façon précise et, en particulier, la durée minimum d'incapacité de travail prise en compte dans la définition des cas d'incapacité temporaire.

8. Les statistiques des accidents du travail devraient être présentées selon l'industrie dans laquelle la personne victime d'un accident était employée. La classification à utiliser devrait soit être la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, soit permettre un reclassement suivant les groupes de cette classification.

9. (1) En vue de l'étude des circonstances dans lesquelles se produisent les accidents du travail, ceux-ci devraient être classés selon: a) la forme de l'accident; b) l'agent matériel, d'après les classifications qui figurent dans les annexes A et B à la présente résolution.

(2) Chaque pays devrait spécifier si la classification d'après l'agent matériel se rapporte à un agent matériel en relation avec la lésion ou à un agent matériel en relation avec l'accident.

10. Les accidents du travail devraient également être classés séparément d'après la nature des lésions, d'une part, et d'après le siège des lésions, d'autre part, suivant les classifications qui figurent dans les annexes C et D à la présente résolution.

11. De temps à autre, les accidents du travail non mortels devraient être classés selon la durée de la période d'incapacité de travail qui en résulte, en utilisant, dans la mesure du possible, les divisions suivantes: un jour complet, deux jours, trois jours, de quatre à sept jours, de huit à 14 jours, plus de 14 jours, en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu.

12. De temps à autre, des enquêtes spéciales pourraient se révéler utiles en vue de classer les accidents du travail d'après diverses autres caractéristiques, telles que le sexe, l'âge, la profession, la qualification professionnelle et la durée de l'expérience professionnelle des accidentés, le jour de la semaine et le mois de l'année, le moment des accidents par rapport à l'horaire de travail, la dimension des établissements, etc. Lorsque les accidents du travail sont classés selon la profession, la classification utilisée pourrait être la Classification internationale type des professions.

Méthodes de comparaison

13. Des comparaisons valables de période à période, d'industrie à industrie et de pays à pays ne peuvent être faites que si les statistiques des accidents du travail sont étudiées en liaison avec les données sur l'emploi, les heures de travail, la production, etc. A cette fin, il peut être utile d'avoir recours à des séries comparatives ou des rapports, tels que les taux de fréquence, d'incidence et de gravité.

14. Ces taux devraient être calculés par industrie et, si possible, par sexe et par groupe d'âge; ils devraient être présentés séparément pour les accidents ayant entraîné le décès, l'incapacité permanente et l'incapacité temporaire, selon les définitions données dans le paragraphe 7 ci-dessus.

15. (1) Le taux de fréquence des accidents du travail devrait être calculé en divisant le nombre des accidents (multiplié par 1.000.000) survenus au cours de la période couverte par les statistiques par le nombre des heures-homme effectuées par toutes les personnes exposées au risque pendant la même période[1].

(2) Lorsque le nombre d'heures-homme effectuées est inconnu, le taux de fréquence devrait être calculé en convertissant le nombre de personnes exposées au risque en heures-homme; les méthodes utilisées pour cette conversion devraient être indiquées d'une manière précise.

16. Le taux d'incidence des accidents du travail devrait être calculé en divisant le nombre des accidents (multiplié par 1.000) survenus au cours de la période couverte par les statistiques par le nombre moyen des travailleurs exposés au risque pendant la même période.

17. Le but d'un taux de gravité est de donner quelques indications sur la perte, exprimée en durée d'incapacité, subie à la suite d'accidents du travail. L'expérience a montré qu'il existe de grandes différences dans les pratiques nationales; en reconnaissant ce fait, il ne semble pas opportun de recommander à ce stade une méthode internationale uniforme de calcul des taux de gravité avant d'avoir entrepris des recherches supplémentaires à ce sujet.

1

$$\text{TF (taux de fréquence)} = \frac{\text{nombre total des accidents du travail} \times 1.000.000}{\text{nombre total des heures-homme effectuées}}$$

Annexes

A. Classification des accidents du travail selon la forme de l'accident

Cette classification se rapporte à la forme de l'événement qui a eu comme résultat direct la lésion, c'est-à-dire à la façon dont l'objet ou la substance en cause est entré en contact avec la personne atteinte.

1. Chutes de personnes:

   11 Chutes de personnes avec dénivellation [chutes depuis des hauteurs (arbres, immeubles, échafaudages, échelles, machines de travail, véhicules) et dans des profondeurs (puits, fossés, excavations, ouvertures dans le sol)].

   12 Chutes de personnes de plain-pied.

2. Chutes d'objets:

   21 Eboulements (chutes de masses de terre, de rochers, de pierres, de neige).

   22 Ecroulements (d'édifices, de murs, d'échafaudages, d'échelles, de tas de marchandises empilées).

   23 Chutes d'objets en cours de manutention manuelle.

   24 Autres chutes d'objets.

3. Marche sur, choc contre, ou heurt par des objets, à l'exclusion des chutes d'objets:

   31 Marche sur des objets.

   32 Choc contre des objets immobiles (à l'exclusion des chocs dus à une chute antérieure).

   33 Choc contre des objets mobiles.

   34 Heurt par des objets mobiles (y compris les fragments volants et les particules), à l'exclusion des heurts par des objets qui tombent.

4. Coinçage dans un objet ou entre des objets:

   41 Coinçage dans un objet.

   42 Coinçage entre un objet immobile et un objet mobile.

   43 Coinçage entre des objets mobiles (à l'exclusion des objets volants ou tombants).

5. Efforts excessifs ou faux mouvements:

   51 Efforts physiques excessifs en levant des objets.

52 Efforts physiques excessifs en poussant ou en tirant des objets.

53 Efforts physiques excessifs en maniant ou en jetant des objets.

54 Faux mouvements.

6. Exposition à, ou contact avec, des températures extrêmes:

61 Exposition à la chaleur (de l'atmosphère ou du milieu de travail).

62 Exposition au froid (de l'atmosphère ou du milieu de travail).

63 Contact avec des substances ou des objets brûlants.

64 Contact avec des substances ou des objets très froids.

7. Exposition à, ou contact avec, le courant électrique.

8. Exposition à, ou contact avec, des substances nocives ou des radiations:

81 Contact par inhalation, par ingestion ou par absorption avec des substances nocives.

82 Exposition à des radiations ionisantes.

83 Exposition à des radiations autres que ionisantes.

9. Autres formes d'accident, non classées ailleurs, y compris les accidents non classés par faute de données suffisantes:

91 Autres formes d'accident, non classées ailleurs.

92 Accidents non classés par faute de données suffisantes.

B. Classification des accidents du travail d'après l'agent matériel

Cette classification peut être utilisée pour classer les accidents du travail soit par rapport à l'agent matériel en relation avec la lésion, soit par rapport à l'agent matériel en relation avec l'accident.

a) Lorsque cette classification est utilisée pour désigner un agent matériel en relation avec la lésion, les rubriques choisies aux fins de classification devraient se rapporter à l'agent matériel qui a directement occasionné la lésion sans tenir compte de l'influence que cet agent a pu exercer dans la phase initiale de l'événement ayant entraîné l'accident dont la forme a fait l'objet d'un classement (voir annexe A).

b) Lorsque cette classification est utilisée pour désigner l'agent matériel en relation avec l'accident, les rubriques choisies aux fins de classification devraient se rapporter à l'agent matériel qui, en raison de sa nature dangereuse, a contribué à précipiter l'événement désigné ayant entraîné l'accident dont la forme a fait l'objet d'un classement (voir annexe A).

1. Machines:

11 Machines motrices ou génératrices, sauf les machines électriques:

111 Moteurs à vapeur.
112 Moteurs à combustion interne.
119 Autres.

12 Organes de transmission:

121 Arbres de transmission.
122 Courroies, câbles, poulies, pignons, chaînes, engrenages.
129 Autres.

13 Machines à travailler le métal:

131 Presses mécaniques.
132 Tours.
133 Fraiseuses.
134 Machines à meuler.
135 Machines à cisailler.
136 Machines à forger.
137 Laminoirs.
139 Autres.

14 Machines à travailler le bois et les matières similaires:

141 Scies circulaires.
142 Autres scies.
143 Toupies.
144 Dégauchisseuses.
149 Autres.

15 Machines agricoles:

151 Moissonneuses, y compris les moissonneuses-batteuses.
152 Batteuses.
159 Autres.

16 Machines du travail de la mine:

161 Haveuses.
169 Autres.

19 Autres machines non classées ailleurs:

191 Machines de terrassement, excavations, etc., à l'exclusion des moyens de transport.
192 Machines de filature, de tissage et autres machines pour l'industrie textile.
193 Machines pour la manufacture de produits alimentaires et de boissons.
194 Machines pour la fabrication du papier.
195 Machines d'imprimerie.
199 Autres machines.

2. Moyens de transport et de manutention:

21 Appareils de levage:

211 Grues.
212 Ascenseurs, monte-charge.
213 Treuils.
214 Palans.
219 Autres.

22 Moyens de transport par rail:

221 Chemins de fer interurbains.
222 Moyens de transport par rail utilisés dans les mines, les galeries, les carrières, les établissements industriels, les docks, etc.
229 Autres.

23 Moyens de transport roulants, à l'exclusion des moyens de transport par rail:

231 Tracteurs.
232 Camions.
233 Chariots automoteurs.
234 Véhicules à moteur non classés ailleurs.
235 Véhicules à traction animale.
236 Véhicules mus par l'homme.
239 Autres.

24 Moyens de transport par air.

25 Moyens de transport par eau:

251 Moyens de transport par eau avec moteur.
252 Moyens de transport par eau sans moteur.

26 Autres moyens de transport:

261 Transporteurs aériens à câble.
262 Transporteurs mécaniques, à l'exclusion des transporteurs aériens à câble.
269 Autres.

3. Autres matériels:

31 Récipients sous pression:

311 Chaudières.
312 Récipients sous pression sans foyer.
313 Canalisations et accessoires sous pression.
314 Bouteilles à gaz.
315 Caissons, équipements de plongée.
319 Autres.

32 Fours, foyers, étuves:

321 Hauts fourneaux.
322 Fours d'affinage.

323 Autres fours.
324 Etuves.
325 Foyers.

33 Installations de réfrigération.

34 Installations électriques, y compris les machines électriques, mais non compris les outils à main électriques:

341 Machines tournantes.
342 Canalisations électriques.
343 Transformateurs.
344 Appareils de commande et de contrôle.
349 Autres.

35 Outils à main électriques.

36 Outils, instruments et ustensiles, à l'exception des outils à main électriques:

361 Outils à main mus mécaniquement, à l'exception des outils à main électriques.
362 Outils à main non mus mécaniquement.
369 Autres.

37 Echelles, rampes mobiles.

38 Echafaudages.

39 Autres matériels non classés ailleurs.

4. Matériaux, substances et radiations:

41 Explosifs.

42 Poussières, gaz, liquides et produits chimiques, à l'exclusion des explosifs:

421 Poussières.
422 Gaz, vapeurs, fumées.
423 Liquides, non classés ailleurs.
424 Produits chimiques non classés ailleurs.
429 Autres.

43 Fragments volants.

44 Radiations:

441 Radiations ionisantes.
449 Autres.

49 Autres matériaux et substances non classés ailleurs.

5. Milieux de travail:

51 Extérieur:

511 Conditions atmosphériques.

512 Surfaces de travail et de circulation.
513 Eau.
519 Autres.

52 Intérieur:

521 Sols.
522 Espaces confinés.
523 Escaliers.
524 Autres surfaces de travail et de circulation.
525 Ouverture dans les sols et dans les murs.
526 Facteurs d'ambiance (éclairage, ventilation, température, bruits, etc.)
529 Autres.

53 Souterrain:

531 Toits et parements des galeries, des tunnels, etc.
532 Sols des galeries, des tunnels, etc.
533 Fronts de mines, de tunnels, etc.
534 Puits de mines.
535 Feu.
536 Eau.
539 Autres.

6. Autres agents non classés ailleurs:

61 Animaux:

611 Animaux vivants.
612 Produits d'animaux.

69 Autres agents non classés ailleurs.

7. Agents non classés par faute de données suffisantes.

C. Classification des accidents du travail selon la nature de la lésion[1]

Cette liste doit être utilisée pour classer les lésions provoquées par des accidents du travail ou des accidents de trajet, à l'exclusion, en particulier, des maladies professionnelles.

10. Fractures (N800-N829):

Comprend les fractures simples; les fractures accompagnées de lésions des parties molles (fractures ouvertes); les fractures accompagnées de lésions des articulations (luxations, etc.); les fractures accompagnées de lésions internes ou nerveuses.

---

[1] Les chiffres N800-N999 correspondent aux rubriques du Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès.

20. Luxations (N830-N839):

Comprend les subluxations et les dislocations.
Ne comprend pas les luxations avec fractures (10).

25. Entorses et foulures (N840-N848):

Comprend, à moins qu'elles ne soient accompagnées de plaies, les ruptures, les déchirures et les lacérations de muscles, de tendons, de ligaments et d'articulations, de même que les hernies d'efforts.

30. Commotions et autres traumatismes internes (N852-N855, N860-N869, N958):

Comprend, à moins qu'elles ne soient accompagnées de fractures, les contusions internes, les hémorragies internes, les déchirures internes, les ruptures internes.

Ne comprend pas ces traumatismes accompagnés de fractures (10).

40. Amputations et énucléations (N871, N886-N888, N896-N898):

Comprend l'arrachement traumatique de l'oeil.

41. Autres plaies (N850, N870, N872-N879, N880-N885, N890-N895, N900-N908):

Comprend les déchirures, les blessures, les coupures, les plaies contuses, les plaies du cuir chevelu, de même que l'arrachement d'un ongle ou de l'oreille; comprend les plaies accompagnées de lésions nerveuses.

Ne comprend pas les amputations traumatiques, les énucléations, l'arrachement traumatique de l'oeil (40); les fractures ouvertes (10); les brûlures avec plaie (60); ni les blessures superficielles (50).

50. Traumatismes superficiels (N910-N918):

Comprend les écorchures, les égratignures, les ampoules, les morsures d'insectes non venimeux, les blessures superficielles; comprend également les lésions superficielles provoquées par un corps étranger pénétrant dans l'oeil.

55. Contusions et écrasements (N851, N920-N929):

Comprend les hémarthroses, les hématomes et les meurtrissures; les contusions et écrasements avec blessures superficielles.

Ne comprend pas les commotions (30); les contusions et écrasements avec fractures (10); ni les contusions et écrasements avec plaie (41).

60. Brûlures (N940-N949):

Comprend les brûlures par objet brûlant; par le feu; par liquide bouillant; par friction; par radiations (infrarouges); par substances chimiques (brûlures externes seulement); les brûlures avec plaie.

Ne comprend pas les brûlures causées par l'absorption d'une substance corrosive ou caustique (70); les coups de soleil (80); les effets de la foudre (80); les brûlures causées par le courant électrique (82); ni les effets des radiations autres que les brûlures (83).

70. Empoisonnements aigus et intoxications aiguës (N960-N979):

Comprend les effets aigus de l'injection, de l'ingestion, de l'absorption ou de l'inhalation de substances toxiques, corrosives ou caustiques; les piqûres ou morsures d'animaux venimeux; les asphyxies par l'oxyde de carbone ou autres toxiques gazeux.

Ne comprend pas les brûlures externes par substances chimiques (60).

80. Effets des intempéries et d'autres facteurs extérieurs (N980-N989):

Comprend les effets du froid (gelures); les effets de la chaleur et de l'insolation (coups de chaleur, coups de soleil); les barotraumatismes (effets de l'altitude, de la décompression); les effets de la foudre; les traumatismes sonores (perte ou diminution de l'ouïe qui n'est pas une séquelle d'une autre lésion).

81. Asphyxies (N990-N991):

Comprend la noyade, l'asphyxie ou la suffocation par compression, par éboulement ou par strangulation; comprend également l'asphyxie par suppression ou réduction de l'oxygène de l'atmosphère ambiante et l'asphyxie par pénétration de corps étrangers dans les voies respiratoires.

Ne comprend pas l'asphyxie par l'oxyde de carbone ou autres toxiques gazeux (70).

82. Effets nocifs de l'électricité (N992):

Comprend l'électrocution, le choc électrique et les brûlures causées par le courant électrique.

Ne comprend pas les brûlures causées par les parties chaudes d'un appareil électrique (60) ni les effets de la foudre (80).

83. Effets nocifs des radiations (N993):

Comprend les effets dus aux rayons X, aux substances radioactives, aux rayons ultra-violets, aux radiations ionisantes.

Ne comprend pas les brûlures dues aux radiations (60) ni les coups de soleil (80).

90. Lésions multiples de natures différentes:

Ce groupe ne doit être utilisé que pour classer les cas dans lesquels, la victime ayant subi plusieurs lésions de natures différentes, aucune de ces lésions n'est manifestement plus grave que les autres.

Lorsque, dans un accident ayant provoqué des lésions multiples de natures différentes, l'une des lésions est manifestement plus grave que les autres, cet accident doit être classé dans le groupe correspondant à la nature de cette lésion.

99. Autres traumatismes et traumatismes mal définis (N856, N994-N999):

Ce groupe ne doit être utilisé que dans la mesure où il se révèle impossible de classer ailleurs les traumatismes en cause, tels que les infections, par exemple.

Comprend les diverses complications précoces des traumatismes et les réactions pathologiques qui ne doivent être classées dans ce groupe que lorsque la nature du traumatisme original n'est pas connue.

D. Classification des accidents du travail selon le siège de la lésion[1]

Cette classification peut aussi être utilisée pour classer les accidents de trajet.

Les groupes concernant les sièges multiples ne doivent être utilisés que pour classer les cas dans lesquels, la victime ayant subi plusieurs lésions à des sièges différents, aucune de ces lésions n'est manifestement plus grave que les autres. Lorsque dans un accident ayant provoqué des lésions multiples à des sièges différents, l'une des lésions est manifestement plus grave que les autres, cet accident doit être classé dans le groupe correspondant au siège de cette lésion. Par exemple, une fracture de la jambe accompagnée d'une écorchure à la main droite doit être classée dans le groupe 54.

1. Tête:

11 Région crânienne (crâne, cerveau, cuir chevelu).
12 Oeil (y compris orbite et nerf optique).
13 Oreille.
14 Bouche (y compris lèvres, dents et langue).
15 Nez.
16 Face, sièges non classés ailleurs.
18 Tête, sièges multiples.
19 Tête, siège non précisé.

2. Cou (y compris gorge et vertèbres cervicales).

3. Tronc:

31 Dos (colonne vertébrale et muscles adjacents, moelle épinière).
32 Thorax (côtes, sternum, organes internes du thorax).
33 Abdomen (y compris organes internes).

---

[1] La classification proposée se limite à deux chiffres. L'adjonction d'un chiffre supplémentaire permet aux pays qui le désirent de distinguer les sièges des lésions selon le côté droit (1), le côté gauche (2) ou les deux côtés à la fois (3). Par exemple, une fracture du bras droit est classée sous le chiffre 42 (1), une entorse de la cheville gauche sous 55 (2) et une brûlure aux deux yeux sous 12 (3). Néanmoins, si l'on n'utilise pas un chiffre supplémentaire, les lésions aux deux poignets, aux deux pieds, etc., ne devraient pas être classées dans le groupe 6 (sièges multiples), mais sous le chiffre respectif de la lésion d'un poignet (45), d'un pied (56), etc. seulement.

34 Bassin.
38 Tronc, sièges multiples.
39 Tronc, siège non précisé.

4. Membre supérieur:

41 Epaule (y compris clavicule et omoplate).
42 Bras.
43 Coude.
44 Avant-bras.
45 Poignet.
46 Main (à l'exception des doigts seuls).
47 Doigts.
48 Membre supérieur, sièges multiples.
49 Membre supérieur, siège non précisé.

5. Membre inférieur:

51 Hanche.
52 Cuisse.
53 Genou.
54 Jambe.
55 Cheville.
56 Pied (à l'exclusion des orteils seuls).
57 Orteils.
58 Membre inférieur, sièges multiples.
59 Membre inférieur, siège non précisé.

6. Sièges multiples:

61 Tête et tronc, tête et un ou plusieurs membres.
62 Tronc et un ou plusieurs membres.
63 Un membre supérieur et un membre inférieur ou plus de deux membres.
68 Autres sièges multiples.
69 Sièges multiples non précisés.

7. Lésions générales:

71 Appareil circulatoire en général.
72 Appareil respiratoire en général.
73 Appareil digestif en général.
74 Système nerveux en général.
78 Autres lésions générales.
79 Lésions générales non précisées.

Ne sont à classer dans ce groupe que les répercussions organiques de caractère général sans lésions apparentes (par exemple, en cas d'empoisonnements, etc.); lorsque des répercussions organiques sont les conséquences d'une lésion localisée (par exemple, fracture de la colonne vertébrale entraînant des lésions de la moelle épinière), c'est le siège de cette lésion localisée (ici, la colonne vertébrale) qui doit être classé.

9. Siège non précisé

Ce groupe ne doit être utilisé que lorsque aucune indication ne permet de préciser le siège de la lésion.

Résolution concernant les statistiques des lésions professionnelles

(Adoptée par la treizième Conférence internationale des statistiques du travail, 1982)

La treizième Conférence internationale des statisticiens du travail,

.....

Reconnaissant l'importance qu'il y aurait à établir une base statistique adéquate pour analyser et mesurer les risques inhérents à l'emploi en vue de faciliter la mise au point de programmes de prévention et d'apprécier l'efficacité des mesures prises;

Constatant que les statistiques des lésions professionnelles sont rassemblées sur des bases différentes, à des fins différentes, par des organismes différents;

Estimant qu'une terminologie des définitions et des concepts types qui seraient recommandés pour les statistiques des lésions professionnelles, et que des règles directrices en ce qui concerne les classifications et la présentation des statistiques faciliteraient l'élaboration de statistiques des lésions professionnelles plus comparables, tant sur le plan national que sur le plan international,

Adopte ce vingt-sixième jour d'octobre 1982 la résolution suivante en remplacement des résolutions adoptées dans ce domaine par la première, la sixième et la dixième Conférence internationale des statisticiens du travail:

Terminologie

1. (1) Les atteintes à l'intégrité physique et à la santé des travailleurs telles qu'elles sont définies dans la convention no 121 couvrent toutes les lésions provoquées par des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de l'emploi (accidents du travail et accidents de trajet) et toutes les maladies professionnelles.

(2) Les accidents du travail sont des accidents survenus sur le lieu de travail ou à l'occasion de l'emploi et pouvant entraîner soit le décès, soit une lésion corporelle, soit une maladie.

(3) Les accidents de trajet sont des accidents survenus sur le chemin que doit parcourir le travailleur pour se rendre au lieu de son travail ou pour en revenir, pouvant entraîner soit le décès, soit une lésion corporelle.

(4) Les lésions professionnelles comprennent le décès, les lésions corporelles et les maladies provoquées par les accidents du travail.

Généralités

2. (1) Chaque pays devrait rassembler systématiquement des statistiques des lésions professionnelles; ces statistiques devraient être publiées régulièrement.

(2) Lorsque les ressources le permettent, les pays devraient envisager l'établissement d'un système de déclaration directe des lésions professionnelles, conçu notamment pour produire des statistiques fiables, uniformes et complètes. L'unité de déclaration devrait être l'établissement. Dans le rassemblement et l'élaboration de ces statistiques, les avantages que présenterait le rassemblement des données par sondage pourraient être pris en considération.

3. Lorsque les statistiques comprennent non seulement les lésions professionnelles mais aussi les maladies professionnelles ou les accidents de trajet, voire ces deux derniers à la fois, les statistiques qui s'y rapportent devraient être présentées séparément.

4. Si possible, les lésions professionnelles dont sont victimes des personnes employées à leur propre compte et des travailleurs familiaux (rémunérés ou non) devraient être incluses dans les statistiques, mais il conviendrait de les distinguer pour permettre des comparaisons avec les pays où elles en sont exclues.

5. Lors de la présentation des statistiques des lésions professionnelles, il conviendrait de fournir des renseignements sur les points suivants:

a) la nature des sources des données statistiques, par exemple système de déclaration directe, dossiers établis par l'inspection du travail ou par les organismes d'assurance ou de sécurité sociale, demandes de réparation, etc.;

b) la portée des statistiques, en particulier en ce qui concerne les catégories de personnes, les branches d'activité économique (les industries) ou les professions couvertes, la dimension minimum des établissements, etc.;

c) les définitions utilisées;

d) les méthodes de déclaration des accidents et les méthodes de compilation statistique employées;

e) la qualité des statistiques.

6. (1) Lorsqu'une même personne est victime de deux ou de plus de deux accidents du travail distincts enregistrés au cours de la période englobée par les statistiques, chaque accident devrait être compté séparément, c'est-à-dire que la personne serait comptée deux fois ou plus.

(2) Les statistiques devraient normalement comprendre les lésions subies au cours d'une année civile; quoi qu'il en soit, la période couverte devrait être précisément définie.

(3) L'unité de dénombrement devrait être la personne tuée ou blessée à la suite d'un accident du travail. Les pays devraient également envisager l'utilisation de l'événement comme une autre façon de présenter les données.

Classification

7. (1) Dans les statistiques se rapportant à une période donnée, les lésions professionnelles devraient de préférence être classées comme suit:

I. Total des lésions professionnelles

1. Mortelles (dans une même année):

A. dans un délai de 30 jours;

B. dans un délai de 31 à 365 jours.

2. Non mortelles (dans une même année):

i) n'ayant pas entraîné de perte de temps (définition nationale);

ii) ayant entraîné une perte de temps (non compris le jour de l'accident):

A. jusqu'à 3 journées;
B. plus de 3 journées.

II. Total des journées perdues (pour les lésions non mortelles)

A. jusqu'à 3 journées perdues;
B. plus de 3 journées perdues.

(2) Chaque fois que cela est possible, il conviendrait de donner à la fois le total pour chaque rubrique et sa répartition entre A et B. Lorsque ce total n'est pas connu, il faudrait si possible donner pour I.1 le chiffre de A seul, et pour I.2 et pour II le chiffre de B seul.

(3) Il conviendrait de bien préciser si le temps perdu est mesuré en jours civils ou en jours de semaine, en postes-ouvrier manqués ou en jours ouvrables; les jours civils sont préférables pour mesurer la gravité d'un accident, tandis que les jours ouvrables mesurent mieux les conséquences économiques. Lorsqu'on utilise les jours ouvrables ou les jours de semaine, il faudrait, chaque fois que cela est possible, fournir une estimation en jours civils.

(4) Pour les lésions ayant entraîné une perte de temps, il pourrait être utile parfois de donner aussi un classement distinct entre les cas et selon la forme d'incapacité permanente et d'incapacité temporaire.

(5) Il est reconnu que tous les pays ne pourront pas fournir de données sur les lésions n'ayant pas entraîné de perte de temps, et que les pays qui pourront en fournir utiliseront les définitions nationales de l'événement minimum à déclarer.

8. (1) Les statistiques des lésions professionnelles devraient être présentées selon l'activité économique dans laquelle la personne victime d'un accident était employée. La classification de référence devrait être celle qui sert à établir les autres statistiques nationales du travail et elle devrait, de préférence, être conforme à la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, ou permettre un reclassement suivant les groupes de cette classification.

(2) Les statistiques des lésions professionnelles devraient, de préférence, être présentées aussi selon la profession et, si possible, le sexe de la personne victime d'un accident. La classification de référence devrait être celle qui sert à établir les autres statistiques nationales du travail et elle devrait, de préférence, être conforme à la Classification internationale type des professions ou permettre un reclassement suivant les groupes de cette classification. Chaque fois que cela est possible, il conviendrait de fournir des données agrégatives pour le groupe des travailleurs qui sont classés comme ouvriers ou comme travailleurs manuels dans les autres statistiques nationales du travail.

(3) Il peut être utile parfois de présenter les statistiques des lésions professionnelles, au moins par grands groupes d'âge, suivant la dimension de l'établissement dans lequel la personne victime de l'accident travaille.

9. Les définitions nationales devraient être utilisées pour établir une ventilation détaillée des accidents du travail ou des lésions professionnelles selon leurs caractéristiques et leurs circonstances. A cet égard, l'utilité de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès est reconnue.

10. Lorsque l'on exclut des statistiques des lésions professionnelles intervenues au cours d'une année tout ou partie des journées qui ont été perdues et des décès qui sont survenus au cours des années ultérieures par suite de ces lésions, et que l'on n'y inclut pas non plus les journées qui ont été perdues et les décès qui sont survenus au cours de cette même année par suite de lésions intervenues au cours des années précédentes, il conviendrait de fournir des estimations des lacunes du comptage.

Méthodes de comparaison

11. Des comparaisons valables de période à période, d'industrie à industrie, et de pays à pays ne peuvent être faites que si les statistiques sont étudiées en liaison avec les données sur l'emploi, la durée du travail, etc. A cette fin, il est souhaitable d'avoir recours à des séries comparatives ou à des rapports.

12. Les taux devraient être calculés par grande branche d'activité économique (industrie) et, lorsque cela est possible, par profession, en distinguant au moins les ouvriers ou les travailleurs manuels, et ils devraient être présentés séparément pour le plus grand nombre possible des rubriques mentionnées au paragraphe 7 (1) et de leurs subdivisions A et B, compte dûment tenu des paragraphes 3 et 4 ci-dessus.

13. Les taux d'incidence devraient avoir pour dénominateur le nombre moyen de personnes exposées au risque (c'est-à-dire les personnes auxquelles se réfèrent les statistiques des lésions). Chaque fois que cela est possible, le nombre d'heures travaillées, le nombre d'heures rémunérées ou, à défaut, le nombre de journées de travail effectuées par ces personnes devrait aussi servir comme deuxième dénominateur pour calculer les taux de fréquence des lésions non mortelles. Pour plus de commodité, les taux d'incidence et les taux de fréquence des lésions non mortelles peuvent être exprimés en milliers de personnes et en millions d'heures de travail effectuées. Dans le calcul des taux d'incidence, il conviendrait de tenir compte, le cas échéant, de la proportion de travailleurs à temps partiel que compte la population exposée au risque.

14. Les données concernant les journées (ou les postes, s'il s'agit de travail posté) perdues devraient servir à calculer: a) le nombre moyen de journées perdues par lésion ayant entraîné une perte de temps; b) le nombre de journées perdues par rapport au nombre de journées de travail effectif des personnes exposées au risque ou, à défaut, le nombre de journées perdues par personne exposée au risque.